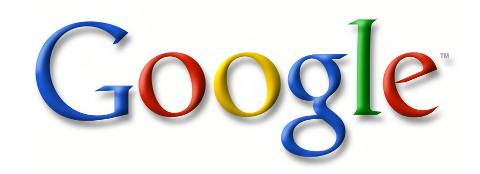
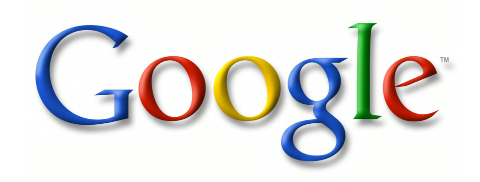



Google


A 3 9015 00386 013 0
University of Michigan – BUHR

ARCHIVES GÉNÉRALES
DE MÉDECINE.

RIGNOUX, Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE,

JOURNAL COMPLÉMENTAIRE

DES SCIENCES MÉDICALES.

4e Série. — Tome X.

PARIS.

LABÉ, ÉDITEUR, LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
place de l'École-de-Médecine, 4;

PANCKOUCKE, IMPRIMEUR-LIBRAIRE, RUE DES POITEVINS, 14.

1846

AVIS

aux Souscripteurs des Archives générales de médecine.

ARCHIVES

D'ANATOMIE GÉNÉRALE ET DE PHYSIOLOGIE,

PUBLIÉES

Par le Dr L. MANDL,

En livraisons mensuelles de 2 à 3 feuilles.

Prix de l'abonnement : [illegible] fr. par an, et [illegible] fr., franc de port, par la poste.

(Ce journal sera donné gratuitement aux abonnés des *Archives de médecine.*)

Depuis l'origine des *Archives générales de médecine*, et malgré les tendances peu favorables des diverses époques qu'elles ont traversées, la Rédaction s'est toujours efforcée de leur conserver un caractère scientifique. A ce titre, l'anatomie générale et la physiologie devaient y trouver place : sans être, comme on l'a dit d'une manière trop absolue, les bases exclusives de la médecine, il est impossible de contester à ces sciences le droit de guider, d'éclairer l'observation et l'expérimentation en pathologie et en thérapeutique. Mais le cadre des *Archives de médecine* ne permettait de leur accorder qu'une place restreinte et qui ne correspondait point à leur importance et à la juste faveur qui s'attache de plus en plus à leur étude. C'est pour satisfaire à la double nécessité de donner plus de relief et d'étendue à la partie de l'anatomie et de la physiologie, et de maintenir complète celle qui concerne la pathologie et la thérapeutique, que la Rédaction des *Archives* a conçu le projet de séparer ces deux parties, tout en leur conservant une affinité de vues et une communauté d'exécution basées sur leurs rapports mutuels. Elle se propose donc de publier à part un journal d'anatomie et de physiologie, qui sera toujours réuni aux *Archives de médecine* et donné aux abonnés comme partie intégrante ou supplémentaire du journal général, mais qui pourra en être distrait et formera un recueil

séparé. La direction en a été confiée à M. le Dr L. Mandl, que ses travaux en anatomie générale ont suffisamment fait connaître

Recueillir les recherches anatomiques et physiologiques qui sont disséminées dans une foule de journaux de médecine, d'histoire naturelle, de physique et de chimie de la France et de l'étranger; donner de ces recherches une appréciation critique, à la fois juste et sévère, éloignée de tout esprit de parti, tout en étant décidé d'avance à signaler la voie dangereuse dans laquelle semblent vouloir nous entraîner les abus de la micrographie et de la chimie physiologique; publier en même temps des travaux originaux importants; créer, en un mot, en France, un centre de publication pour les travaux et la critique en anatomie générale et en physiologie, nous a semblé une tâche utile et honorable à remplir. Une correspondance active avec les savants les plus distingués de l'Allemagne, de l'Angleterre et de l'Italie, le concours que la plupart des anatomistes et des physiologistes français a bien voulu nous promettre, l'adhésion, enfin, de MM. DUTROCHET, DUVERNOY, FLOURENS, Isid. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE et SERRES, membres de l'Institut, nous donnent la légitime espérance d'atteindre le but proposé.

Quant aux *Archives de médecine*, nous continuerons, sauf quelques améliorations de détail, à suivre la marche tenue depuis longues années, et qui est assez généralement approuvée. Mais par suite de la combinaison indiquée et de l'augmentation du nombre de feuilles, la place donnée jusqu'à présent aux travaux d'anatomie et de physiologie sera désormais entièrement consacrée aux sciences pathologiques et thérapeutiques. Les *Archives générales de médecine* seront plus complètes et plus universelles, et nos abonnés, pour le même prix de 20 fr., recevront deux journaux au lieu d'un.

Le Rédacteur général des Archives de médecine,
Dr RAIGE-DELORME.

Les *Archives de médecine* seront composées, comme par le passé, de douze cahiers mensuels, ou de trois volumes par an. Les douze livraisons des *Archives d'anatomie et de physiologie*, avec un titre particulier et une table à part, formeront chaque année un volume entièrement séparé, qui fera suite aux *Archives de médecine,* comme quatrième volume supplémentaire.

On souscrit, soit pour les *Archives générales de médecine* (prix : 20 fr. par an, et 25 fr., franc de port, par la poste), soit séparément, pour les *Archives d'anatomie et de physiologie* (prix : 8 fr. par an, et 9 fr. par la poste), à Paris, chez LABÉ, libraire, et dans les départements, chez les Libraires, les Directeurs de postes, et aux Bureaux des Messageries royales et Caillard.

RIGNOUX, Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

Janvier 1846.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

RECHERCHES SUR LES ABCÈS MULTIPLES (1);

Par le Dr F.-A. Aran, ancien interne-lauréat de l'Hôtel-Dieu, etc.

Peu de questions ont autant de portée que celle des abcès multiples : d'une part, elle soulève les problèmes les plus difficiles de la physiologie pathologique ; de l'autre, elle touche aux deux grandes doctrines qui ont longtemps divisé la médecine, l'humorisme et le solidisme. En présence des difficultés et de l'étendue d'une pareille question, on comprendra sans peine que nous ne saurions nous engager sur ce terrain sans poser exactement les limites et sans bien définir les termes de notre sujet.

(1) Ce mémoire a été composé dans le but de répondre à la question mise au concours de 1844, par l'Académie royale de médecine. Nous faisons cette remarque, non en vue d'une stérile récrimination contre l'Académie, qui n'a pas même mentionné notre travail, mais bien pour lui donner une date certaine et nous mettre à l'abri de tout soupçon de plagiat.

Ce serait un étrange abus de mots que de comprendre sous le nom d'*abcès multiples* tous les abcès qui se montrent en grand nombre ou qui se multiplient dans un court espace de temps. Comment, sans forcer les analogies, rapprocher des abcès multiples proprement dits les abcès qui se succèdent rapidement dans certaines périodes de la maladie scrofuleuse, les abcès nombreux disséminés dans l'épaisseur de quelques parenchymes enflammés, ou les abcès non moins nombreux qui suivent l'inflammation de certaines cavités fermées et susceptibles de se cloisonner, comme les membranes séreuses et les veines, par exemple. Il ne faut donc pas attacher une trop grande importance à la multiplicité des collections purulentes : il y a des cas (rares à la vérité) dans lesquels on ne trouve, après les circonstances qui amènent ordinairement le développement des abcès multiples, qu'un seul et unique abcès ; cependant on ne peut se dispenser de rapprocher cet abcès des abcès multiples, parce qu'il possède tous les caractères anatomiques qui leur sont propres, caractères qui les font distinguer facilement des abcès d'autres espèces.

Les abcès multiples tiennent le milieu entre les abcès inflammatoires et les abcès scrofuleux proprement dits : l'inflammation y est plus prononcée que dans les derniers ; cependant elle s'y démontre plutôt par le scalpel qu'elle ne s'annonce par les signes ordinaires des phlegmasies ; et d'autre part, le développement du pus s'y fait d'une manière bien plus rapide, bien moins explicable que dans les premiers. C'est cette apparition presque inattendue de la suppuration, dans un tissu dont rien jusqu'alors n'indiquait d'une manière précise la maladie, qui forme le véritable caractère pathognomonique. La multiplicité de ces abcès n'est qu'une circonstance secondaire. Nous entendons donc par *abcès multiples* des collections purulentes, ordinairement nombreuses, qui se mutiplient avec rapidité, principalement dans les organes

parenchymateux, et dont le développement ou l'évolution ne trouvent pas leur explication dans l'état *primitif* des organes où elles se trouvent placées. Il ne nous paraît pas indispensable que ces collections purulentes soient renfermées dans une cavité accidentelle : certains phlegmons diffus, certaines collections des cavités séreuses présentent dans leur marche, leur développement, et principalement dans leurs causes, des rapports si frappants avec les abcès multiples proprement dits, qu'il ne nous a pas paru logique de les en séparer : c'est d'ailleurs un point sur lequel nous sommes heureux de nous trouver d'accord avec Monteggia (1) et M. le professeur Velpeau (2).

Rechercher les cas dans lesquels on observe la formation des abcès multiples, ce n'est pas seulement se borner à une sèche énumération des maladies qui sont suivies de la présence de ces collections purulentes, c'est aussi rechercher quelles sont les conditions générales qui président à leur manifestation ; c'est enfin trouver la loi de leur développement. Dans les états morbides qui amènent la production de ces abcès, il y a des circonstances prédominantes qu'un examen attentif nous permettra de saisir, et dont le rapprochement jettera peut-être du jour sur cette importante question ; nous chercherons ensuite à nous élever à des conclusions générales, en partant des principes que l'expérience nous aura fournis.

Quelque variés que soient les cas dans lesquels on peut rencontrer des abcès multiples, il n'en est pas moins possible de les ramener à trois groupes principaux, qui les comprennent tous, à savoir :

1° La fièvre traumatique;

2° La fièvre puerpérale;

---

(1) *Institutioni chirurgiche*, vol. I, p. 86; 1813.

(2) *Sur la Pleurésie à la suite des grandes opérations chirurgicales ou d'une suppuration plus ou moins abondante* (*Revue médicale*, 1826, t. II, p. 381).

3° L'introduction dans le système circulatoire du pus de nature spécifique ou non (*intoxication purulente*).

1° *Fièvre traumatique.*

Si nous n'avons pas placé parmi les cas dans lesquels on observe des abcès multiples l'*état traumatique* proprement dit, ainsi que l'a fait M. Tessier (1), c'est que le travail réparateur qui s'accomplit à la suite des altérations mécaniques de l'organisme n'est pas toujours identique, et que la diversité de sa nature lui imprime des caractères et une marche particulière. Quelques mots d'explication compléteront notre pensée : lorsqu'un individu a reçu un coup de sabre, par exemple, il se trouve placé dans cet état que M. Tessier appelle *état traumatique*. Si la plaie est soumise à un traitement convenable, si elle a été bien détergée, si les bords ont été exactement rapprochés, la réunion s'opère ordinairement avec une grande facilité; et lorsqu'on lève l'appareil, on trouve les lèvres de la plaie parfaitement collées, sans l'interposition d'aucun tissu de nouvelle formation, et sans que la guérison ait été précédée de l'écoulement d'un liquide quelconque : c'est ce qu'on appelle la réunion *par première intention*. Nous ne savons pas qu'on ait jamais observé des abcès multiples après un état traumatique de cette espèce. Mais que les bords de la plaie aient été maintenus écartés, alors cette nouvelle surface s'enflamme, devient le siége d'une sécrétion, et fournit du pus. En général, la formation de ce nouveau produit est accompagnée de phénomènes réactionnels, pour peu que la surface enflammée ait d'étendue. C'est cet état réactionnel qui constitue pour nous la *fièvre traumatique;* c'est pendant sa durée que se montrent ordinairement les abcès multiples. Il serait aussi long que fastidieux d'énumérer tous

(1) *De la Diathèse purulente* (journal *l'Expérience*, 1838).

les cas à la suite desquels survient la fièvre traumatique, et par suite les abcès multiples. Larges plaies de toute espèce, contusions profondes, arrachements, opérations chirurgicales, etc.; autrement dit toute solution de continuité de parties dures ou de parties molles, suivie d'une inflammation assez violente pour produire la suppuration (1), voilà les circonstances dans lesquelles se montrent la fièvre traumatique et les abcès multiples.

Nous n'avons pas à faire ici l'historique de ces abcès multiples. Cependant nous ne pouvons nous dispenser de faire remarquer que, depuis longtemps, le rapport qui unit les larges solutions de continuité et l'intensité de la fièvre traumatique avec les abcès multiples, a été signalé par les chirurgiens. Ils avaient tous reconnu que ces collections purulentes se montrent ordinairement à la suite des grandes opé-

---

(1) Si nous rapportons la production des abcès multiples à la fièvre traumatique, qui est la conséquence des solutions de continuité des parties dures ou des parties molles accompagnées de suppuration, il nous paraît tout à fait logique de rattacher à notre sujet les ulcérations qui se produisent à l'intérieur ou à l'extérieur du corps, soit par la présence de produits morbides, soit de toutes pièces. Qu'importe, après tout, la cause qui amène la solution de continuité! Du moment qu'elle est produite, elle nécessite un travail réparateur très-souvent accompagné de production de pus. La fièvre traumatique elle-même est inévitable, toutes les fois que les solutions de continuité sont ou fort nombreuses ou fort étendues (bien entendu lorsque la réunion n'est ni immédiate, ni par première intention). Or, les ulcérations consistant toujours en des pertes de substance, on conçoit que le travail pyogénique, et par suite la fièvre traumatique, doivent être presque constants : c'est ce qui nous explique la formation des abcès multiples, dans la fièvre typhoïde, par exemple, dans laquelle on rencontre des ulcérations intestinales si larges et si nombreuses; dans la phthisie pulmonaire, où chaque masse tuberculeuse ramollie forme un véritable abcès, etc.

rations, et principalement de l'amputation des membres volumineux (1).

Toutes les fois qu'on voit un malade, affecté d'une plaie qui suppure, tomber, pendant la durée de la fièvre traumatique, dans un état de faiblesse ou d'indifférence complète, accuser à peine quelques douleurs vagues ou fixes; s'il s'amoindrit visiblement, s'il change promptement de figure, et que la peau de la face perde non-seulement sa transparence, mais encore sa coloration naturelle, pour devenir mate, sale, et quelquefois ictérique; si les traits ne s'harmonisent plus, et produisent, par leur desaccord, l'expression de leur anéantissement; si des frissons habituels et intermittents viennent agiter convulsivement ce corps froid et livide; si ces frissons font place à des sueurs froides, répandues à la surface d'une peau sans élasticité, sous laquelle le pouls frémit plutôt qu'il ne bat; en quelque circonstance que ce soit, au début, dans le cours, à la fin de la fièvre traumatique, on peut affirmer qu'il se forme des collections purulentes multiples. Dans l'excellente description qui précède, et que nous empruntons presque textuellement à M. Tessier, on remarquera que nous avons intercalé ces mots : *chez un individu affecté d'une plaie qui suppure, et pendant le cours de la fièvre traumatique.* Nous ne voulons pas dire cependant que l'on n'observe cet ensemble de symptômes que pendant le cours de la fièvre traumatique : nous aurons bientôt occasion de citer des séries de cas qui ne se rapportent nullement à cette fièvre, même chez des individus affectés de plaies; mais

---

(1) Voici ce qu'écrivait, il y a près de quatre-vingts ans, un chirurgien anglais : « Le transport du pus d'un lieu dans un autre est loin d'être rare; on le rencontre ordinairement à la suite de l'amputation des gros membres, dans laquelle la force vitale est frappée au cœur, et ne peut suffire à fournir la sécrétion des matières nécessaires pour compléter le but de la nature et la guérison d'une large blessure. » (Cheston, *Pathol. obs.;* 1766.)

le point sur lequel nous ne saurions trop insister, c'est qu'on ne rencontre jamais d'abcès multiples qu'après des solutions de continuité des parties dures ou des parties molles, ayant occasionné la suppuration.

Lorsque les abcès multiples sont formés, il y a peu de modifications dans les symptômes généraux précédents : seulement la maladie s'aggrave tous les jours ; le malade est en proie à un délire vague, irrégulier, qui redouble pendant la nuit, ou à des rêvasseries sans suite. Bientôt la langue se sèche ; le ventre se ballonne ; il survient du dévoiement ; la respiration s'embarrasse ; la parole est confuse et affaiblie ; le pouls devient misérable, tout en conservant une fréquence extrême ; des mouvements convusifs, des soubresants des tendons agitent seulement cette machine qui va se dissoudre ; enfin, la mort vient terminer cette agonie en quelques jours, rarement après deux ou trois semaines de maladie.

Quant aux abcès eux-mêmes, ils parcourent leur évolution sans que le malade en accuse ordinairement la présence. Mais il y a exagération à dire, avec J.-L. Petit, qu'ils n'excitent dans la partie aucun symptôme inflammatoire, et qu'on les trouve tout formés avant qu'aucune altération locale en ait fait soupçonner l'existence : qu'on exerce une pression, même légère, sur l'hypochondre droit, chez un sujet chez lequel des abcès multiples se forment dans le foie, et on ne manquera pas d'occasionner une douleur très-vive.

Toutes les fois que nos moyens de diagnostic sont assez parfaits, nous reconnaissons facilement les abcès multiples. Nous n'en citerons pour preuve que les abcès du poumon et les collections purulentes de la plèvre : pour les premiers, la brièveté et l'accélération considérable de la respiration, l'odeur fétide spéciale de l'haleine, l'existence d'un râle muqueux à grosses ou à petites bulles, et dans quelques cas du véritable souffle tubaire ; pour les seconds, la diminution de la sonorité à la percussion, l'affaiblissement du murmure res-

piratoire, et la gêne extrême de la respiration. Si, dans les autres organes (le cerveau, la rate, les reins par exemple), cette détermination est plus difficile et souvent impossible; c'est, d'une part, que ces organes se soustraient en grande partie à nos moyens d'investigation; et de l'autre, que les collections purulentes qui s'y forment y sont à la fois fort peu nombreuses et fort peu étendues.

Nous ne tracerons pas ici l'histoire anatomique complète des collections purulentes multiples qui succèdent à la fièvre traumatique. Quelques détails sont cependant nécessaires: on peut rencontrer des abcès multiples dans presque tous les organes, les parenchymes et surtout les parenchymes fortement vasculaires, le tissu cellulaire, les muscles, les membranes séreuses, dans les caillots que renferment le cœur et le système vasculaire; on peut même trouver du pus disséminé dans tout le système veineux. Les abcès sont ordinairement en grand nombre; alors ils sont généralement peu volumineux. Dans quelques cas rares, ainsi que nous l'avons dit, on n'en rencontre qu'un seul, mais alors il est assez étendu et parfois de la grosseur d'un œuf de poule. Le plus souvent on ne trouve de productions purulentes que dans un petit nombre d'organes. C'est en vain qu'on a cherché à établir des lois à ce sujet; on peut aussi bien rencontrer des abcès dans le foie que dans le poumon, dans la rate que dans le cerveau : quelquefois il y a des collections purulentes partout.

Il est une croyance assez répandue dans le monde médical (et les partisans de la doctrine des métastases n'ont pas peu contribué à la propager), c'est que les abcès multiples se forment sans inflammation préalable; autrement dit, le pus se déposerait dans les tissus en écartant mécaniquement les fibres qui constituent ces derniers. Or, cette croyance repose sur un examen peu approfondi de la marche et de l'évolution des abcès multiples. Sauf les modifications qui sont imprimées à ces collections par les tissus, dans l'intérieur desquels elles

se produisent, on peut dire que toute collection purulente de forme multiple passe par les quatre états suivants : 1° augmentation de vascularité, presque immédiatement suivie d'infiltration sanguine; 2° infiltration purulente; 3° ramollissement et collection du pus en foyers; 4° circonscription du foyer par une membrane pyogénique. Ces collections purulentes subissent plus ou moins rapidement ces diverses phases. Une preuve qu'aucune ne peut s'y soustraire, c'est que, à côté d'un abcès tout formé, on rencontre un noyau comme hémorrhagique, et ailleurs une masse arrondie, blanchâtre, comme tuberculeuse (1). Nous nous félicitons de nous trouver d'accord sur ce point avec M. F. d'Arcet, qui, en examinant avec soin et par tous les moyens possibles et les abcès et la limite qui les sépare des tissus ambiants, a toujours rencontré une auréole inflammatoire multiple, formée de zones concentriques (2). Nous ajouterons que toutes les fois qu'il se pro-

---

(1) Une chose remarquable, c'est que l'un des hommes qui ont le plus contribué à éclairer l'anatomie pathologique de cette question, M. Velpeau, semble regarder l'induration ou la forme tuberculeuse de ces abcès comme une sorte de terminaison de ces collections purulentes, tandis qu'elle est ordinairement considérée comme formant leur première période. M. Velpeau se montrait conséquent avec lui-même : n'avait-il pas regardé ces abcès comme le résultat de la déposition du pus, molécule à molécule, et comme par métastase, au sein des tissus? Voici ce passage : « Pour s'entendre sur l'étiologie des tubercules, il importe de diviser ces productions en deux genres. En effet, des abcès circonscrits et plus ou moins nombreux, formés dans le foie, le poumon, etc., par suite d'une résorption purulente plus ou moins active, peuvent se réduire à leur partie concrète, se transformer en petites masses tout à fait analogues aux tubercules, et généralement regardées telles, et doivent former une classe à part. » (*Conclusions générales sur la résorption du pus et sur l'altération du sang dans les maladies;* dans *Revue médicale,* 1827, t. II, p. 236.)

(2) *Recherches sur les abcès multiples;* thèse, 1842, p. 19.

duit des suppurations dans l'intérieur des cavités séreuses et articulaires, on observe *toujours* des traces d'inflammation : tantôt et seulement un accroissement de vascularité ; d'autres fois des désorganisations profondes des séreuses, des destructions des ligaments et même des cartilages.

S'il y a des dissidences sur le mode de production des abcès multiples qui succèdent à la fièvre traumatique, il n'y en a pas moins quand il s'agit de déterminer les causes qui amènent la production de ces collections purulentes. Une chose que nous avons besoin de rappeler ici et sur laquelle nous avons déjà insisté, c'est que ces suppurations multipliées sont toujours consécutives à l'existence d'une solution de continuité qui a suppuré ou qui suppure encore. Plaie suppurante et abcès multiples, tels sont en définitive les deux derniers anneaux d'une chaîne dont il nous faut rétablir la continuité. Croit-on fournir une explication satisfaisante en admettant avec M. Velpeau que le pus pénètre en nature dans le système sanguin ; ou, comme l'ont soutenu Dance, M. Blandin et M. Bérard aîné, en faisant jouer un rôle à la phlébite, lorsqu'elle est très-circonscrite, et même dans les cas où les recherches les plus minutieuses ne peuvent la faire découvrir? Nous ne le pensons pas. Déjà nous avons montré l'anatomie pathologique, réfutant la doctrine de la résorption purulente. Pour ce qui regarde la phlébite, et sans contester d'une manière absolue l'introduction du pus dans le système vasculaire veineux, introduction qui est bien loin d'être toujours démontrable, nous pensons qu'on ne peut, sans tomber dans l'absurde, regarder comme cause d'accidents graves et d'abcès multiples, la pénétration de quelques gouttes de pus dans le système veineux, et par suite dans tout le corps. Nous introduisons tous les jours dans l'organisme des substances dont une grande partie n'est pas assimilable et est rejetée au dehors par les émonctoires naturels : les poisons, même les poisons minéraux, sortent rapidement de nos tissus et vont au dehors

avec les fluides excrémentiels, comme le prouvent les belles recherches de M. Orfila. Et l'on se refuserait à admettre que quelques gouttes de pus disséminées dans l'étendue du système circulatoire puissent sortir de l'organisme! C'est en vain que l'on se débat contre cette objection, en disant que les veines enflammées puisent sans cesse au sein des plaies le pus qui s'y trouve; n'observe-t-on pas des abcès multiples dans des cas où les veines enflammées et pleines de pus phlegmoneux sont oblitérées à leurs deux extrémités par des caillots résistants? La pénétration du pus qui pouvait avoir lieu à une autre époque n'est-elle pas alors complétement impossible? Que répondre d'ailleurs aux faits dans lesquels on a trouvé tout le système veineux plein de pus, sans qu'il fût possible de rencontrer aucune trace de phlébite ni de découvrir un seul abcès (1)? Ce n'est donc pas l'introduction du pus dans les vaisseaux sanguins qui fournit l'*ultima ratio* des abcès multiples; nous n'en voulons pour preuve que l'opinion d'un des hommes qui ont soutenu avec le plus de talent la doctrine de la métastase, de M. le professeur Velpeau, qui a dit: « Le sang peut se charger d'une énorme quantité de pus *sans inconvénients* pour certains sujets, tandis que, chez d'autres, il suffit de quelques gouttes du même liquide pour donner naissance aux phénomènes les plus graves; *particularité qui dépend de la nature du fluide absorbé et des dispositions individuelles.* » Eh! quoi, toute la maladie est

---

(1) M. Duplay, qui a rapporté l'observation la plus curieuse que nous possédions en ce genre, pense que cette grande quantité de pus n'avait aucune origine appréciable. Il y avait cependant de nombreuses ulcérations de l'intestin. Nous pensons que, sans forcer les analogies, on peut bien les considérer comme une des causes principales de cette espèce de *pléthore purulente*. (*Observation d'une altération très-grande du sang; présence d'un quantité très-grande de pus dans le système vasculaire veineux, sans origine appréciable;* par Duplay; dans *Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. VI, p. 223.)

pour vous dans la pénétration du pus dans le système sanguin, puisque vous l'avez appelée *résorption purulente;* vous admettez que le pus se dépose *mécaniquement* dans les tissus, et vous êtes cependant forcé de reconnaître que, pour certains sujets, la présence dans le sang d'une énorme quantité de pus est sans inconvénient. Si grande que vous fassiez la part de la nature du fluide absorbé et des dispositions individuelles, vous ne parviendrez jamais à nous expliquer comment quelques gouttes de pus font ce qu'une *masse énorme* ne peut faire. Nul doute cependant que dans un assez grand nombre de cas, les dispositions individuelles puissent rendre compte de la formation des abcès multiples, mais d'une tout autre manière. Il y a, en effet, des individus chez lesquels la tendance à la formation du pus est, ponr ainsi dire, constitutionnelle. Chez eux, les plus petites plaies s'enflamment et suppurent. C'est là ce que le vulgaire appelle avoir la *chair mauvaise.* Que dans ces circonstances il se produise une large solution de continuité, le travail de suppuration sera presque inévitable; et on comprend jusqu'à un certain point comment la fièvre traumatique qui s'allume pourra généraliser ce travail. Mais cette espèce de tendance pyogénique est-elle toujours constitutionnelle? ne peut-elle pas se développer de toutes pièces dans certaines conditions spéciales? c'est là ce que l'expérience confirme, en nous montrant toutes les conditions débilitantes physiques ou morales et l'altération de l'air comme en occasionnant le développement. Qui ne connaît en effet l'influence des chagrins prolongés, d'une nourriture insuffisante, et enfin, de l'entassement des blessés, dans la production des abcès multiples? Cette tendance pyogénique, tantôt constitutionnelle, tantôt acquise, que la fièvre traumatique met en jeu, n'est autre chose que la *diathèse purulente* de M. Tessier: or, la théorie de la diathèse purulente a un immense avantage sur celles de la phlébite et de la résorption purulente, c'est

qu'elle n'est pas une explication ; c'est tout simplement l'expression d'un fait encore bien peu connu dans sa nature, c'est-à-dire d'une tendance à la formation du pus dans les liquides et dans les solides de l'économie.

2° *Fièvre puerpérale.*

Rien n'est plus physiologique que le travail de l'accouchement; cependant ce n'est pas un état normal. Le passage du fœtus a lieu à travers des voies qui y sont dès longtemps préparées; mais il n'en a pas moins un caractère de violence : les parties molles sont énormément distendues, fortement comprimées par la tête de l'enfant, souvent même déchirées; le décollement de l'œuf, et surtout le décollement du placenta, met immédiatement à nu une large surface dépourvue d'épithélium (1). Pendant dix ou douze heures, à partir de la délivrance, il s'écoule une petite quantité de sang pur; ensuite le sang devient plus séreux, moins coloré, puis il ne s'écoule que de la sérosité sanguinolente : ce dernier écoulement dure de vingt-quatre à trente-six heures. Alors (quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard) commence ce qu'on appelle la *fièvre de lait;* tout écoulement se supprime pendant sa durée. Lorsque cette fièvre est terminée, on voit reparaître les lochies, mais elles ont changé de nature : elles sont d'un blanc jaunâtre, assez consistantes; c'est enfin du pus phlegmoneux, du pus de bonne nature, qui s'écoule des parties génitales. On connaît les phénomènes qui constituent la fièvre de lait : un petit frisson, suivi d'une chaleur plus ou moins vive à la peau, avec céphalalgie, sécheresse de la bouche et du pharynx, rougeur de la face, injection des yeux, légère accélération du pouls, auquel succèdent des sueurs plus ou moins abon-

---

(1) Les recherches de Henle ont mis hors de doute l'existence d'un épithélium dans la cavité utérine. (*Anat. gén.*, 1843.)

dantes, et coïncidant ordinairement avec le gonflement des seins et le développement de leur réseau vasculaire sous-cutané. Ces symptômes, on les rapporte uniquement, depuis des siècles, à l'établissement de la sécrétion laiteuse, en vertu du grand argument : *Post hoc, ergo propter hoc;* comme si l'on n'observait pas la fièvre de lait chez des femmes chez lesquelles la sécrétion lactée est déjà établie avant l'accouchement. Partout, à l'extérieur, la suppuration d'une large plaie est accompagnée d'un état fébrile particulier ; et l'on voudrait que l'établissement de cette sécrétion eût lieu à l'intérieur de la cavité utérine, sans développer les mêmes symptômes. N'explique-t-on pas ainsi, d'une manière bien plus satisfaisante, et la fièvre de lait et l'intensité considérable qu'elle peut acquérir dans certains cas ? Fièvre de lait et fièvre puerpérale sont donc pour nous synonymes, et nous entendons par là cet état réactionnel qui suit l'accouchement, qui a pour résultat la production du pus ou des lochies, et qui coïncide ordinairement avec l'établissement de la sécrétion laiteuse. Nous savons très-bien que nous nous éloignons beaucoup ici des idées généralement reçues. Sous le nom de *fièvre puerpérale*, on comprend ordinairement ces fièvres graves qui surviennent à la suite de l'accouchement, et qui compromettent à un haut degré l'existence des femmes en couches, ces maladies décrites, suivant les théories régnantes, tantôt sous le nom de *métastases laiteuses*, de *fièvres putrides et malignes* des femmes en couches, tantôt sous celui de *péritonite puerpérale*, de *métro-péritonite*, de *phlébite*, ou de *lymphangite utérine*. Mais si l'on parcourt les observations qui ont été publiées par les différents auteurs et à l'appui des diverses doctrines qu'ils ont soutenues, on ne tarde pas à reconnaître le lien qui unit et ce qu'on appelle la fièvre de lait, et les fièvres puerpérales proprement dites. Leur fièvre puerpérale n'est le plus souvent que la fièvre de lait, avec un surcroît d'intensité : comme cette dernière, elle se montre

de vingt-quatre à trente-six heures après l'accouchement; comme elle, elle précède l'établissement des lochies et de la sécrétion laiteuse. Seulement, les symptômes ont toujours des proportions formidables : des frissons violents et prolongés avec ou sans claquement de dents, presque immédiatement suivis d'une chaleur âcre et sèche, à laquelle succèdent des sueurs, tantôt chaudes, tantôt froides et visqueuses; un pouls fréquent et plein au début, plus tard, petit, ondulant et dépressible; violente céphalalgie; face pâle, terreuse, annonçant l'abattement et l'indifférence, souvent grippée; les yeux excavés, entourés d'un cercle noirâtre; une vive sensibilité de la région abdominale. Qu'on ajoute à tous ces symptômes un délire tranquille, une sorte de loquacité, qui n'est incompatible ni avec la conservation de la mémoire, ni avec la conservation de l'intelligence; quelques soubresauts des tendons, quelques convulsions dans les muscles de la face, et l'on aura une idée exacte de cet ensemble de symptômes, qu'on appelle la *fièvre puerpérale*. Il n'est pas difficile de voir que ce n'est autre chose que la *fièvre de lait* sur une grande échelle.

Mais de la fièvre de lait, même de la fièvre puerpérale, à la production des abcès multiples il y a loin. Reste toujours à déterminer comment et pourquoi, dans un cas donné, la *fièvre de lait* ou *puerpérale* est suivie de la manifestation d'abcès multiples.

C'est par une aggravation générale de tous les symptômes que se traduit l'existence des abcès multiples : la physionomie s'altère de plus en plus, la langue se sèche; le pouls, petit et dépressible, augmente sans cesse de fréquence; diarrhée et hoquets opiniâtres, ballonnement du ventre; et, dans les derniers temps, excrétions alvines et miction involontaires; sueurs froides et visqueuses; délire sourd et loquacité continuelle. La mort vient ordinairement mettre un terme à toutes ces souffrances. Il y aurait cependant de l'exagération à dire

que la formation de ces abcès multiples met *toujours* les malades dans un danger de mort. Le péril est, sinon tout entier, du moins en grande partie, dans l'organe primitivement affecté, dans son importance vitale. Il n'est pas rare de voir guérir des femmes affectées de fièvre puerpérale, chez lesquelles il s'est montré des gonflements articulaires avec épanchement, des phlegmons diffus des membres, des épanchements purulents sous-péritonéaux. M. Voillemier (1), qui a publié un travail fort remarquable sur la fièvre puerpérale, a vu guérir une des trois malades chez lesquelles il avait rencontré des abcès dans l'épaisseur des muscles; et si nos souvenirs ne nous trompent pas, si nous n'avons pas été induit en erreur par l'auscultation, nous croyons avoir vu guérir une jeune femme atteinte de fièvre puerpérale, quoiqu'elle eût présenté, pendant le cours de sa maladie, les symptômes d'une pneumonie lobulaire, d'une de ces pneumonies qui, comme chacun sait, passent si rapidement à la suppuration pendant le cours de la fièvre puerpérale.

Comme dans la fièvre traumatique, les collections purulentes ne développent que des symptômes locaux fort peu prononcés. La douleur manque souvent; il suffit cependant d'une pression un peu forte pour la réveiller, quand elle est assoupie.

Les abcès multiples qui surviennent dans la fièvre puerpérale ne diffèrent pas anatomiquement des abcès multiples qui succèdent à la fièvre traumatique. On peut dire cependant qu'en général ils sont plus nombreux (2) et beaucoup

---

(1) *Histoire de la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement à l'hôpital des Cliniques pendant l'année* 1838; dans le *Journal des connaiss. méd.-chir.,* 1838.

(2) C'est en quelque sorte cette dissémination du pus dans l'économie qui a engagé M. Voillemier (mém. cité) à regarder la fièvre puerpérale comme une maladie générale, dont le caractère anato-

plus volumineux que dans la fièvre traumatique. Il n'y a pas longtemps que, en faisant l'autopsie d'une femme qui a succombé à cette maladie, nous avons trouvé l'abdomen distendu par un liquide séro-purulent, mêlé de flocons albumineux; les plèvres pleines du même liquide; le péricarde contenant du pus mêlé de sang, et ayant déjà contracté des adhérences avec le cœur; un fluide opalin à la base du cerveau; du pus phlegmoneux remplissant les bassinets et les uretères; un liquide purulent à la surface interne de l'utérus, qui était presque entièrement revenu sur lui-même. Quant à leur siége, ces abcès occupent principalement les cavités séreuses ou articulaires, le tissu cellulaire sous-séreux ou intermusculaire, plus rarement les parenchymes.

Il en est des abcès multiples de la flève puerpérale comme de ceux de la fièvre traumatique: il est toujours possible de trouver les traces de la phlegmasie, dont la suppuration a été le produit. Facile à démontrer dans l'épaisseur des parenchymes, où l'inflammation laisse encore des traces de son passage, un examen attentif la fait toujours reconnaître aux confins des suppurations des cavités séreuses, du tissu cellulaire et des muscles.

Le fait le plus général qui domine l'histoire de la fièvre puerpérale et des abcès multiples, c'est l'établissement d'une sécrétion purulente à l'intérieur de la cavité utérine. Un fait fort éloigné du précédent, et qui ne peut cependant en être séparé, c'est que, dans la fièvre puerpérale, il se produit très-facilement, et dans les organes les plus divers, une sécrétion purulente. Aux yeux des anciens, tout s'expliquait par les *métastases laiteuses;* et les anciens étaient ainsi conséquents avec eux-mêmes : la fièvre qui suit l'accouchement

---

mique est l'existence du pus dans tel ou tel point de l'économie, et à laquelle il propose de donner le nom de *fièvre pyogénique* des femmes en couches.

était pour eux la fièvre de lait; toutes les collections qui se formaient pendant la durée de cette fièvre étaient des métastases laiteuses. Un examen superficiel, des apparences grossières, pouvaient les induire en erreur; mais au XIXe siècle, après les brillants progrès qu'a faits la physiologie chimique en particulier, revenir à de pareils errements, c'est rétrograder. Ce n'est pas qu'on n'ait cherché à sortir de cette fausse voie : dans sa verve localisatrice, la médecine physiologique avait fait de la fièvre puerpérale la métrite, la péritonite, la métro-péritonite *puerpérales*. Mais l'addition de ce dernier mot indiquait qu'il y avait dans ces phlegmasies quelque chose de spécial, que l'esprit de doctrine et de système ne pouvait méconnaître; d'ailleurs, ces phlegmasies n'expliquaient nullement la dissémination des collections purulentes. La doctrine de la phlébite et de la lymphangite utérines eurent aussi leur cours. Il y aurait de l'injustice à ne pas reconnaître le talent que Dance (1) déploya dans cette question ; tracer l'histoire complète d'une maladie qui comptait à peine dans le cadre nosologique; en démontrer l'importance par les lésions qu'il y rattachait; établir une théorie qui, si elle n'explique pas tous les faits, en explique du moins un grand nombre, voilà les titres de Dance à la reconnaissance de la postérité. Sans contester pour le moment les faits et la théorie de cet auteur (2), on ne peut

---

(1) *De la Phlébite utérine et de la Phlébite en général* (*Arch. gén. de méd.*, t. XVIII et XIX, 1828).

(2) On regarde généralement Dance comme l'auteur de la théorie de l'altération du sang. Il faut cependant reconnaître qu'il n'a pas toujours été ferme dans cette opinion ; ainsi il dit (*Arch.*, t. XVIII, p. 500): « L'intégrité parfaite du tissu pulmonaire qui avoisinait ces abcès n'indique-t-elle pas que ce pus a été pour ainsi dire *déposé* et non *formé* dans le poumon? » et page 506 : « Ces altérations ne sont-elles pas le résultat d'une *inflammation spéciale*

mettre un instant en doute qu'il n'ait entrevu qu'un côté de la question. L'occasion d'étudier la fièvre puerpérale se montre malheureusement si souvent, que nous ne manquons pas de faits et d'autorités à lui opposer. Voici ce qu'écrivait, en 1839, M. Voillemier, résumant les altérations anatomiques qu'il avait observées après de nombreuses ouvertures de corps : « En même temps qu'il y avait du pus dans le péritoine, dans les muscles, dans le tissu cellulaire du bassin, *les vaisseaux étaient intacts*, au milieu de tous ces désordres. Sur 24 autopsies, 2 seulement ont présenté une lymphite peu étendue, et 3 une véritable phlébite utérine. Les inflammations des veines et des lymphatiques seraient donc beaucoup moins fréquentes qu'on le dit, ou peut-être ce genre de lésion n'appartient-il qu'à certaines formes de fièvre puerpérale. » (Mém. cité.)

Qu'on lise le travail de M. Bourdon (1) sur la fièvre puerpérale, l'on verra que, sur cinq autopsies, une seule fois on a trouvé les altérations anatomiques qui constituent la phlébite utérine, telle que Dance l'a décrite ; et encore, dans ce dernier cas, les recherches les plus minutieuses n'ont pu faire découvrir la plus petite quantité de pus épanché dans une cavité séreuse ou synoviale, ou infiltré dans le tissu cellulaire des muscles ou d'un organe quelconque.

Ce qui précède montre que nous ne pourrions, sans forcer les faits, faire intervenir, pour l'explication des abcès multiples, la phlébite ou la lymphangite utérines, ces deux affec-

---

transportée pour ainsi dire de toutes pièces, à l'aide du sang *vicié par la présence du pus*, dans les canaux sanguins ? » et tome XIX, page 12 : « N'est-on pas autorisé à penser que le pus sécrété dans la veine basilique enflammée a été *transporté* dans tous les points où ces foyers se sont développés ? »

(1) *Notice sur la fièvre puerpérale et ses différentes formes observées à l'hôtel-Dieu de Paris pendant l'année* 1840 (*Revue méd.*, 1841, t. II).

tions n'appartenant pas *essentiellement* à la fièvre puerpérale, telle que nous la comprenons, et aux abcès multiples qui l'accompagnent.

Nous ne voudrions pas cependant qu'on nous fît aller au delà de notre pensée : il n'est jamais entré dans notre esprit de contester que l'introduction d'*une grande quantité* de pus dans le système vasculaire sanguin fût une circonstance sans importance pour la production des abcès multiples, et que la lymphangite et la phébite ne pussent pas avoir ce résultat. Mais puisque ces deux altérations manquent souvent, il faut aller chercher ailleurs l'explication des abcès multiples de la fièvre puerpérale. Généralement c'est à la suite d'un travail prolongé, chez des femmes en proie à un chagrin violent, victimes d'une faute qu'elles sont forcées de cacher, que l'on rencontre la fièvre puerpérale, avec son cortége d'abcès multiples. D'autres fois, cependant, on voit survenir tous ces accidents après les accouchements les plus bénins, au sein des conditions morales et physiques les plus favorables. N'est-on pas forcé d'admettre alors une prédisposition individuelle à la formation du pus ? Cette prédisposition pyogénique, nous l'avons déjà signalée à propos de la fièvre traumatique. Comment ne pas admettre qu'elle puisse être mise en jeu par les troubles de l'accouchement et les altérations conséquence de ce travail, même lorsqu'il est renfermé dans des limites physiologiques ? Toutefois, il faut le reconnaître, la cause la plus puissante, c'est la réunion des accouchées dans un même lieu, sous le même toit ; c'est leur entassement dans le même hôpital. C'est, en effet, dans les hôpitaux que la fièvre puerpérale revêt sa forme la plus terrible (la forme épidémique), signalée par Doulcet en 1782, par Gordon en 1790, par M. Voillemier en 1838, etc. En résumé, la fièvre puerpérale proprement dite, c'est-à-dire la fièvre produite par le travail réparateur ou pyogénique, qui s'accomplit dans la cavité utérine, crée dans l'économie une tendance à la

formation du pus dans les solides ou dans les liquides, une véritable *diathèse purulente*, qui ne demande pour éclater que des causes occasionnelles : tantôt des circonstances débilitantes, comme des chagrins ; tantôt une altération dans les propriétés de l'air, comme à la suite de l'entassement ; tantôt enfin des prédispositions individuelles dont la nature nous échappe.

(La suite à un numéro prochain.)

NOUVELLES RECHERCHES SUR LES BRUITS DES ARTÈRES, ET APPLICATION DE CES RECHERCHES A L'ÉTUDE DE PLUSIEURS MALADIES ;

Par le Dr J.-H.-S. Beau, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(5e article.)

De l'époque menstruelle, de l'aménorrhée et de la grossesse.

Nous avons montré jusqu'à présent, 1° que les bruits carotidiens résultent de la surabondance de l'ondée lancée par le cœur; 2° que cette surabondance de l'ondée dépend à son tour d'une dilatation des cavités du cœur, dilatation qui s'accompagne d'une hypertrophie plus ou moins marquée des parois cardiaques ; 3° que les bruits carotidiens sont toujours liés à l'existence des battements exagérés des artères, de la plénitude du pouls, de la pesanteur de tête, des vertiges, de la dyspnée, des palpitations, etc., et autres symptômes dits *pléthoriques ;* 4° que par conséquent ces différents symptômes existent dans la chlorose, la cachexie post-hémorrhagique, et les autres cachexies que nous avons énumérées, parce que, dans toutes ces maladies, les carotides sont le siége de

bruits anormaux. Nous allons montrer que les mêmes symptômes sont liés aux bruits artériels et à la dilatation du cœur dans les affections qui nous restent à examiner en commençant par l'*époque menstruelle*, l'*aménorrhée* et la *grossesse*.

Nous allons étudier rapidement ces différents états physiologiques et pathologiques de la vie de la femme, dans leurs rapports avec les bruits artériels.

De l'époque menstruelle. — Tout en adoptant la nouvelle théorie de M. Négrier sur la menstruation, on doit reconnaître que la ponte de l'ovule, chez la femme, s'accompagne d'un flux sanguin, dont la quantité souvent considérable et le retour mensuel exercent une grande influence sur l'organisme.

La quantité de sang qui constitue le flux menstruel ne paraît pas prise sur la somme ordinaire du sang qui en serait diminuée d'autant; elle paraît plutôt, en supposant les règles normales, provenir d'un excès de sang qui se reproduit pendant chaque intervalle des règles. Ce qui le prouve, c'est que 1° la femme éprouve, immédiatement avant l'époque menstruelle, un sentiment de pesanteur et d'embarras douloureux dans la région lombaire, les aines et les cuisses; 2° ce malaise résultant de la congestion utérine commence à se dissiper en même temps qu'apparaît le flux menstruel; 3° il n'existe plus à la fin de l'évacuation sanguine, et la femme se trouve alors mieux que jamais; 4° enfin, quand les règles ne se montrent pas, ce malaise local augmente de plus en plus, et il persiste même le plus souvent, dans l'intervalle des époques menstruelles, jusqu'au retour et au rétablissement complet de l'évacuation périodique.

Si les phénomènes de la menstruation se réduisent aux symptômes de congestion utérine que je viens d'indiquer, il n'y a pas de bruits artériels dans les carotides. C'est le cas le plus ordinaire.

Mais d'autres fois aux phénomènes précédents il s'en ajoute d'autres, qui se montrent dans différents appareils. On ob-

serve de la céphalalgie, des vertiges, de la dyspnée, des palpitations, un sentiment de pesanteur générale, des bouffées de chaleur à la face; le pouls est plein, les pulsations artérielles sont très-marquées, les veines sont distendues, et la plupart de ces symptômes augmentent d'intensité après un exercice musculaire. Il y a dans ce cas des bruits aux carotides, qui se montrent et finissent avec les phénomènes précédents. Ils existent par conséquent pendant les trois ou quatre jours qui précèdent le flux sanguin, et se dissipent avant la terminaison de l'époque menstruelle.

Ces cas de menstruation, avec tous les symptômes de la polyémie, servent de démonstration péremptoire pour établir la liaison de ces symptômes, et notamment de la plénitude du pouls avec les bruits artériels; car aussitôt que l'évacuation sanguine a cessé avec ces différents symptômes, on observe d'une manière positive que le volume du pouls est notablement réduit, et qu'alors les bruits artériels n'existent plus.

Quelquefois la polyémie générale, liée à la menstruation, n'est pas aussi caractérisée que nous venons de le dire; le pouls est proportionnellement moins plein, et les bruits artériels ne se font pas entendre d'une manière permanente. Mais que la femme se livre à un exercice musculaire, ou qu'elle subisse une passion excitante, comme la joie, un emportement, etc., le volume du pouls augmente alors, et pour quelques instants, d'un certain degré, et avec cette augmentation apparaissent les bruits carotidiens. Il arrive donc ici ce que Laennec avait observé *chez les femmes hypochondriaques* dont la maladie était légère, et ce qu'il expliquait à tort par un spasme momentané de l'organisme et surtout des artères. Voilà pour ce qui a trait au temps de l'évacuation menstruelle.

De l'aménorrhée. — On appelle *aménorrhée* la suppression ou la diminution notable du flux menstruel, chez une

femme qui est en âge d'être réglée. On observe dans cette maladie différents symptômes semblables aux phénomènes qui précèdent et accompagnent le flux menstruel.

Ainsi, les symptômes peuvent être purement locaux et se rattacher immédiatement à une congestion sanguine persistant sur l'utérus et ses annexes : tel est le sentiment de malaise, de pesanteur et même de douleur que la femme éprouve dans le bas-ventre, la région lombaire, les aines ou les cuisses.

Chez d'autres femmes affectées d'aménorrhée, on observe des symptômes généraux accompagnés ou non des symptômes locaux précédents. Il y a alors des battements artériels, de la céphalalgie, de l'anxiété, des palpitations, de la dyspnée, un sentiment de poids au cœur, etc. ; et ces symptômes sont alors liés aux bruits carotidiens.

Dans l'aménorrhée, le sang retiré par la saignée peut ne pas être séreux comme il l'est dans la chlorose. Il est quelquefois tout à fait normal dans sa composition, ainsi qu'on peut en acquérir la preuve dans le travail de MM. Becquerel et Rodier (*Recherches sur la composition du sang;* Paris, 1844). On y trouve, en effet, l'observation (p. 94) de deux jeunes filles dont les règles étaient supprimées depuis quelque temps, qui vinrent se faire saigner à la consultation de l'hôpital de la Charité, parce qu'elles éprouvaient de la céphalalgie, des palpitations, de la dyspnée, etc.; elles présentaient des bruits intenses aux carotides (1). L'analyse du sang, chez ces deux malades, analyse que je dois supposer exacte, montra qu'il n'y avait aucune altération dans la quantité proportionnelle de ses éléments constituants.

Ces malades présentaient en sus deux symptômes sur les-

---

(1) Ces malades avaient, selon MM. Rodier et Becquerel, le pouls *petit* et *filiforme*. J'ai déjà dit (septembre, p. 12) ce qu'il fallait penser de cette petitesse prétendue du pouls.

quels je dois m'arrêter, parce qu'au premier abord on n'en comprend pas très-bien l'existence, en supposant le sang normal dans sa composition, et surabondant dans sa masse, comme il l'était dans ces deux cas d'aménorrhée : ce sont la faiblesse et la pâleur de la face.

On croit communément que l'affaiblissement ne doit pas exister dans les cas de pléthore franche (1), comme elle l'était ici. On pense qu'il y a alors exaltation des forces; mais c'est à tort. Il y a affaissement des forces musculaires. Tous les auteurs qui ont traité au long la pléthore sont d'accord là-dessus, et ils parlent tous du sentiment de pesanteur et d'engourdissement qu'éprouve le malade.

Quant à la pâleur de la face notée dans les cas précédents, elle dépendait probablement de certaines circonstances qui n'ont pas été signalées par MM. Becquerel et Rodier. C'est ainsi qu'elle pouvait résulter d'un sentiment passager de froid, ou bien elle pouvait être naturelle chez ces deux jeunes filles, et liées par conséquent à un développement très-peu marqué des vaisseaux capillaires de la face. Il y a à ce sujet des différences individuelles très-remarquables qui font que telle personne peut avoir la face pâle avec un sang normal pour sa composition, et que telle autre conserve les joues encore colorées, bien que son sang soit notablement séreux; ce dernier cas s'observe assez souvent chez les chlorotiques qui ont les capillaires de la face naturellement très-développés, et on sait que MM. Becquerel et Rodier partent de ce caractère entièrement individuel pour admettre que la chlorose est alors pléthorique. Il ne faut donc jamais apprécier absolument l'état de coloration de la face chez un individu que l'on voit pour la première fois, il faut le juger comparativement pendant l'état de santé et de maladie, comme nous avons déjà dit

(1) *Boni sanguinis abundantia nimia.* (Van Swieten.)

femmes enceintes nous explique la production de ces cas d'hémorrhagie cérébrale qui se remarquent quelquefois dans la grossesse, et qui ont été surtout étudiés par M. Ménière. (*Observations et réflexions sur l'hémorrhagie cérébrale considérée pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement; Arch. de méd.*, avril 1828.) Comme le titre de ce travail l'indique, des cas d'hémorrhagie cérébrale ont été aussi observés après l'accouchement, et au premier abord on en comprend moins la possibilité que pendant la grossesse et les efforts de l'accouchement. Mais si l'on veut bien considérer que les pertes de sang qui accompagnent l'enfantement déterminent une cachexie post-hémorrhagique caractérisée par les bruits, les pulsations artérielles, etc., et les autres caractères de la polyémie, on trouvera dans cette cachexie *puerpérale* des conditions de surabondance favorable à la production d'une hémorrhagie.

Comme complément à l'histoire de ce genre d'apoplexie, M. Ménière fait suivre son mémoire d'une *note* de M. Larcher, dans laquelle ce médecin dit avoir observé que, dans la grossesse, il y avait hypertrophie du cœur et notamment du ventricule gauche. Comme on le comprend, ce fait n'a rien qui doive nous étonner, puisque nous avons montré jusqu'à présent que les bruits artériels supposent toujours une dilatation du cœur, jointe à une hypertrophie plus ou moins notable. Voulant savoir décidément à quoi m'en tenir sur le fait annoncé par M. Larcher, je m'adressai à M. Ducrest, interne à la maison d'accouchements pendant l'année 1843. Je le priai de vouloir bien porter son attention sur ce point d'anatomie pathologique, et de prendre la mesure des parois du cœur sur un certain nombre de femmes qui viendraient à succomber après l'accouchement. M. Ducrest, dont le nom est, du reste, avantageusement connu dans la science, a fait à ce sujet des recherches marquées au coin de la plus rigoureuse exactitude. Il m'a remis un tableau statistique que je regrette de ne

pouvoir publier en entier à cause de son étendue; je me contenterai de faire connaître les principaux résultats qu'il renferme.

Ce tableau est dressé sur un relevé de cent femmes, âgées pour la plupart de 20 à 30 ans, et mortes en couches. Sur toutes, la mesure des parois du cœur a été prise à la partie la plus épaisse du ventricule gauche. Le maximum de cette épaisseur est de 0,018^{m} dans cinq cas; il s'élève même dans un cas à 0,022^{m}; le chiffre le plus bas est de 0,011^{m} dans huit cas; chez la plupart, l'épaisseur est de 0,016^{m}. La moyenne de toutes cesmesures est de 0,015^{m} (1).

Si maintenant on compare le chiffre de cette moyenne avec celui de 0,010^{m} donné par M. Bizot, comme représentant l'épaisseur normale du ventricule gauche chez la femme (*Mémoires de la Société médicale d'observation*), on voit qu'il lui est supérieur de 0,005^{m}. Il suit de là que le cœur des femmes, pendant la grossesse, est affecté d'hypertrophie, et dès lors on doit considérer comme exactes les premières observations faites à ce sujet par M. Larcher.

L'abdomen des femmes enceintes est le siége de certains bruits anormaux qui ont exercé la sagacité des observateurs les plus recommandables, et sur la nature desquels on n'est pas encore bien fixé. Ils ont été tour à tour rapportés aux vaisseaux du placenta (Kergaradec), à l'artère nourricière du placenta (Laennec), au passage du sang de l'utérus au placenta (Hohl), aux vaisseaux des parois utérines (Paul Dubois), et aux artères iliaques comprimées par l'utérus développé (Bouillaud).

---

(1) Des cent cas portés dans le tableau de M. Ducrest, j'en ai écarté trois dans lesquels des altérations notables aux valvules pouvaient avoir exercé sur l'hypertrophie une influence indépendante de celle de la grossesse. Par suite de cette réduction, le relevé ne porte que sur quatre-vingt-dix-sept cas.

Cette dernière opinion, soutenue par M. Bouillaud et adoptée par M. Jacquemier (*De l'Auscultation appliquée à la grossesse*, etc.; thèse de Paris, 1837, n° 466), me paraît la plus probable de toutes. Je l'ai déjà défendue dans mon premier mémoire publié en 1838, et mes convictions n'ont pas changé à son sujet. MM. Barth et Roger penchent aussi vers l'adoption de cette théorie (*loc. cit.*, p. 553); mais ils se tiennent en même temps sur une certaine réserve qui leur paraît commandée par des difficultés que je vais reproduire.

« Si le souffle, disent MM. Barth et Roger, est l'effet d'une compression artérielle, pourquoi n'augmente-t-il point d'intensité lorsque l'on presse avec le stéthoscope sur l'utérus et médiatement sur les vaisseaux du bassin? Pourquoi même disparaît-il parfois, quand le cylindre est fortement appliqué sur la région antérieure de la matrice? »

Si les bruits de souffle dont il s'agit n'augmentent pas d'intensité, s'ils disparaissent même quand on appuie sur l'utérus, cela tient à ce qu'il ne suffit pas, dans un grand nombre de cas, d'augmenter la compression d'une artère pour augmenter l'intensité de ses bruits. Les bruits requièrent un certain degré de compression, au-dessus et au-dessous duquel ils sont ou altérés ou diminués. Il arrive ici pour les bruits des artères du bassin ce qui s'observe très-fréquemment dans les bruits carotidiens, qui n'augmentent pas et qui disparaissent même quand on presse un peu trop sur les artères carotides. Et de même qu'on voit quelquefois ces derniers bruits augmenter légèrement d'intensité par suite d'une légère pression, on voit aussi quelquefois les bruits de souffle du bassin augmenter notablement lorsqu'on pèse un peu sur l'utérus.

«D'où vient que dans certains cas où l'auscultation pratiquée sur l'abdomen ne révélait aucun souffle, on a pu, à l'aide du métroscope de M. Nauche, percevoir le bruit sur le col utérin, qui, placé au centre de l'excavation pelvienne, est éloigné des troncs vasculaires du bassin?»

Il est permis de supposer que, dans le cas particulier dont il s'agit, le bruit de souffle était produit dans les artères hypogastriques. Or, on doit, ce me semble, reconnaître que le col utérin est plus rapproché de ces artères que la partie de l'utérus qui est en rapport avec la paroi abdominale. D'ailleurs, ne pouvait-il pas se trouver, entre la surface utérine et les parois abdominales, certains organes peu conducteurs du son, tels qu'une masse épiploïque ou une agglomération d'anses intestinales, qui empêchaient le transport des vibrations à l'oreille? Qu'y a-t-il dès lors d'étonnant à ce que ces vibrations fussent alors seulement percevables sur ce col de l'utérus?

« Enfin, ajoutent MM. Barth et Roger, comment se rendre compte, par cette théorie, de la persistance du souffle dans des positions telles que la matrice ne comprimait certainement plus les grosses artères? »

Il est beaucoup plus difficile qu'on ne croit et même il est souvent impossible de faire prendre à la femme *une position telle que la matrice ne comprime certainement plus les grosses artères.* Quand la femme sera jeune, primipare, l'utérus sera pressé avec force contre les parties profondes du bassin par la tension puissante des parois abdominales; et dans ce cas on aura beau faire en sorte que l'utérus vienne peser de son propre poids sur la paroi abdominale antérieure pour cesser de comprimer les artères du bassin, on ne pourra pas parvenir à obtenir ce résultat. Les parois abdominales ne fléchiront pas sous le poids momentané de l'utérus, et elles ne cesseront pas dès lors de tenir l'utérus aussi fermement appliqué contre les parois du bassin, que lorsque la femme était couchée en supination.

Au reste, cette difficulté, signalée par MM. Barth et Roger, n'est pas particulière à la grossesse; je l'ai observée une fois chez une femme affectée d'un kyste de l'ovaire constaté par l'autopsie. Chez cette femme, la pression des artères du bassin

par le kyste donnait lieu à un bruit anormal en tout semblable, comme l'on sait, aux bruits de souffle de la grossesse. Eh bien! chez cette femme, de même que chez un grand nombre de femmes enceintes, il était impossible de donner à la tumeur une position telle qu'elle cessât de comprimer les artères du bassin, et qu'elle cessât par conséquent de manifester le bruit de souffle.

Les bruits anormaux dont il est question présentent le plus souvent le rhythme *intermittent simple*, ainsi que cela s'observe sur les artères éloignées du centre circulatoire ; ce qui tient à ce que l'ondée lancée par la réaction élastique de la crosse de l'aorte n'est pas douée d'une impulsion assez forte pour venir produire sa part de bruit jusque sur les artères du bassin. Cependant ce résultat se manifeste quelquefois ; et c'est ce qui explique pourquoi des observateurs, et en particulier M. Cazeaux, ont noté des bruits *continus* sur l'abdomen des femmes grosses. On n'y a pas encore signalé des bruits à rhythme *intermittent double ;* mais il est permis, je crois, de les rechercher avec une certaine probabilité de les y rencontrer.

Au reste, si, comme M. Bouillaud entre autres nous l'atteste, on a trouvé sur les artères crurales des bruits aussi continus que ceux des carotides, il n'est pas étonnant que des bruits à rhythme semblable puissent s'entendre quelquefois sur les artères iliaques des femmes enceintes. Il ne faut donc pas considérer ce fait de la *continuité* dans les bruits de souffles abdominaux de la grossesse, comme un phénomène étranger aux bruits des artères ; et il n'est pas nécessaire dès lors, pour s'en rendre compte, de s'adresser à la circulation des veines des parois utérines.

Fièvres.

Certaines affections fébriles sont marquées par l'existence des bruits artériels. Elles présentent par conséquent les diffé-

rents caractères pathologiques que nous avons vus jusqu'à présent être liés aux bruits d'une manière pour ainsi dire essentielle. Nous allons rapidement passer en revue ces différentes affections.

Fièvre typhoïde. — Jusqu'à présent on n'a regardé la présence des bruits artériels, dans la fièvre typhoïde, que comme un phénomène accidentel; et on les explique alors soit par un état *chlorotique* coïncidant, soit par une *anémie* consécutive aux émissions sanguines pratiquées dans le traitement de cette maladie.

Or, si l'on veut encore ici consulter les faits, on verra que les bruits artériels ne sont pas accidentels dans la fièvre typhoïde, mais qu'ils doivent y figurer à titre de symptôme ordinaire et habituel. Pour preuve de ce que j'avance, je ne me contenterai pas d'apporter le résultat de simples souvenirs qui peuvent souvent tromper, quand il s'agit de questions de nombre ou de quantité ; je produirai les recherches statistiques que j'ai faites l'an passé, dans une de mes sessions, au bureau central des hôpitaux, quand j'ai voulu obtenir des éléments précis de conviction à ce sujet. Comme on doit peut-être le penser, je n'ai pas pris indistinctement tous les cas de fièvre typhoïde que le hasard m'a présentés. J'ai écarté d'abord toutes les femmes, parce qu'elles peuvent être plus ou moins *chlorotiques* avant d'être affectées de fièvre typhoïde; et parmi les hommes j'ai compté seulement ceux qui étaient affectés depuis peu de jours, et vierges d'émissions sanguines; quelques-uns avaient seulement perdu quelques gouttes de sang dans les épistaxis qui marquent souvent le début de la fièvre typhoïde. J'ai trouvé 25 individus qui présentaient les conditions que je viens de dire; sur ce nombre, 4 seulement n'avaient pas de bruits carotidiens.

Cette proportion des cinq sixièmes environ, que me donnait le résultat de ma statistique, ne m'étonna nullement; car elle cadrait parfaitement, je dois le dire, avec le résultat approxi-

motif de mes souvenirs cliniques. Je me souvenais, en effet, que, chez *presque* tous les malades affectés de fièvre typhoïde, j'avais constaté l'existence des bruits artériels.

Il faut donc conclure que les bruits des artères sont un symptôme très-ordinaire de la fièvre typhoïde, plus ordinaire encore que les papules typhoïdes, que l'épistaxis, etc.; car ces caractères séméiologiques manquent dans un bien plus grand nombre de cas que les bruits.

J'ai trouvé que les malades affectés de fièvre typhoïde chez lesquels les bruits existaient d'une manière très-marquée, j'ai trouvé, dis-je, que les mêmes malades présentaient les symptômes physiques qui se lient d'une manière nécessaire aux bruits artériels, à savoir : les battements des carotides, la plénitude du pouls (1) et l'augmentation de volume du cœur. J'ai fait cette observation non plus chez les malades que je n'avais vus qu'en passant au bureau central, mais bien sur les individus dont j'ai suivi et traité la maladie ; car l'appréciation de ces derniers symptômes ne peut pas se faire d'une manière absolue, à cause du volume si variable du cœur et des artères, suivant le sexe et suivant les individus ; il faut, je le répète, que cette estimation repose sur la comparaison de l'examen du cœur et des artères pendant et après la maladie, sur chaque individu.

Il est surtout facile de se livrer à cette étude comparative, sur certains individus qui présentent à un haut degré la forme dite *inflammatoire* de la fièvre typhoïde, et chez lesquels la maladie est comme coupée dans ses racines après les évacuations gastro-intestinales qui suivent l'administration d'un émétocathartique. On voit alors, dans l'espace de deux ou trois jours, les bruits carotidiens diminuer considérablement et même disparaître, et en même temps on con-

---

(1) *Le pouls est large et souvent résistant.* (*Leçons de clinique sur la fièvre typhoïde*, par M. Chomel, p. 13.)

state une réduction manifeste dans le volume du cœur et des pulsations artérielles.

Aux symptômes physiques présentés par le volume exagéré du cœur et du pouls, la fièvre typhoïde en ajoute d'autres que l'on appelle *physiologiques*, et que nous avons jusqu'à présent signalés dans toutes les affections qui sont caractérisées par la présence des bruits artériels. Tels sont la céphalalgie, la somnolence, les vertiges, les bourdonnements d'oreille, les éblouissements, la pesanteur de tête, l'anxiété précordiale, la respiration suspirieuse, etc.; et ce qui prouve que ces symptômes dépendent d'une surabondance de la masse sanguine aussi bien ici que dans les différentes maladies précédemment exposées, c'est qu'on les dissipe en grande partie, sur-le-champ et pour plusieurs heures, à l'aide d'une copieuse saignée. Ils reparaissent ensuite ordinairement quand la réparation du sang perdu s'est opérée rapidement sous l'influence de la soif vive qui presse alors les malades (1).

On sera peut-être étonné de voir établir une assimilation entre certains symptômes de la fièvre typhoïde et ceux des maladies précédemment étudiées. Cependant si les bruits artériels, l'augmentation du volume du pouls et du cœur, la céphalalgie, les vertiges, la somnolence, l'anxiété précordiale, etc., existent dans la fièvre typhoïde comme dans l'aménorrhée, les cachexies, etc., on sera bien forcé de reconnaître que les susdits symptômes sont propres à ces différentes maladies, et que, sous ce rapport, ces maladies peuvent être assimilées entre elles.

Il y a cependant ici une différence qui demande à être prise en considération : c'est que les précédents symptômes, chez les cachectiques, chez les femmes grosses, etc., ne deviennent assez intenses pour provoquer les plaintes des malades

(1) On dissipe aussi ces symptômes *pléthoriques* en appliquant la ventouse de M. Junod.

qu'à la suite d'un exercice musculaire; tandis qu'un pareil résultat ne s'observe guère dans la fièvre typhoïde à cause de l'alitement qui est la conséquence forcée de cette maladie. C'est pour cela qu'on n'entend presque jamais les malades affectés de fièvre typhoïde se plaindre de palpitations, de suffocation, de céphalalgie pulsative, etc., parce que chez eux ces symptômes ne sont jamais, pour ainsi dire, mis en relief ni augmentés par l'action de marcher, de monter un escalier, etc.

Les lésions cadavériques viennent déposer en faveur de la polyémie, que l'existence des bruits démontre dans la fièvre typhoïde. C'est ainsi que les gros vaisseaux artériels et veineux sont remplis de sang; le cerveau et ses membranes sont fortement injectés; les poumons présentent habituellement des congestions et même des extravasations sanguines (Bazin, thèse de Paris, 1834); la rate est hypertrophiée, etc.

Quant au cœur, que la percussion nous apprend être augmenté de volume d'une manière presque aussi sûre que si les parois thoraciques étaient transparentes, il n'a pas été signalé comme tel dans les recherches cadavériques dont il a été l'objet jusqu'à présent. Faute d'avoir comparé le cœur des individus morts de fièvre typhoïde avec des cœurs d'un type réellement normal, on n'a pas encore remarqué que, dans cette maladie, les cavités de cet organe étaient évidemment affectées de dilatation simple, c'est-à-dire de dilatation sans amincissement ni épaisseur exagérée des parois. Le cœur présente donc ici la même altération que celle que nous avons déterminée sur les animaux en leur faisant des saignées répétées.

Nous devons conclure de tout ce qui précède, en employant une expression proposée par M. Piorry, qu'il y a dans l'affection complexe que l'on appelle *fièvre typhoïde*, un état *organo-pathologique* du cœur et des artères, consistant en une dilatation atonique de ces réservoirs, et donnant lieu aux symptômes que le même état nous présente dans la cachexie, l'aménorrhée, etc.

Cet état organo-pathologique dépend à son tour, ici, de la cause immédiate de la fièvre typhoïde, laquelle cause se trouve, comme je l'ai déjà soutenu d'après M. de Larroque (*De l'Emploi des évacuants dans la fièvre typhoïde;* thèse de Paris, 1836, n° 263), dans une infection du sang produite par l'absorption des matières putrides que contient l'intestin, surtout l'intestin grêle.

Quant au changement que cette infection détermine dans la quantité relative des divers éléments du sang, il n'est pas encore fixé de manière à faire cesser toute incertitude. Y a-t-il dans le sang des individus affectés de fièvre typhoïde, et notamment dans le sang fourni par la première saignée ; y a-t-il état normal ou augmentation de la proportion des globules, et abaissement du chiffre de la fibrine, comme l'ont dit MM. Andral et Gavarret ? ou bien doit-on admettre, avec MM. Becquerel et Rodier, que les globules sont toujours diminués, et que la fibrine reste à l'état normal ? Telle est la dissidence qui doit empêcher de se prononcer sur ce sujet d'une manière définitive.

Typhus. — Comme cette maladie a la plus grande ressemblance avec la fièvre typhoïde, on peut conclure que, puisqu'il y a bruits artériels dans cette dernière affection, les bruits doivent aussi exister dans le typhus. Cette induction se trouve parfaitement légitimée par les différents documents qui se trouvent dans les monographies que nous possédons sur le typhus contagieux. Pour se renseigner à ce sujet, on peut surtout puiser dans la relation que M. Gerhard nous a donnée du typhus qui a régné en 1836 à Philadelphie. (Journal *l'Expérience*, 20 janvier 1838.) Ce médecin, bien qu'il n'ait pas porté son attention sur les bruits carotidiens, nous donne cependant quelques caractères qui se lient toujours à l'existence des bruits ; il nous apprend, en effet, que le pouls est *plein, large;* dans deux cas, on sentait une *vibration* à l'artère radiale et aux artères carotides. Or, nous avons dit,

dans la première partie de ce travail, que la vibration des artères carotides s'accompagne toujours d'un bruit parfaitement appréciable ; car le frémissement de la paroi artérielle, qui produit une vibration sensible au doigt, se traduit au stéthoscope par un bruit.

M. Gerhard a donné dans sa relation les détails de six autopsies dans lesquelles son attention a été portée sur l'état de volume du cœur. Dans ces six cas, 4 fois le cœur est noté plus volumineux qu'à l'état normal.

On trouve dans l'épidémie de Reims, décrite par M. Landouzy (*Mémoire sur une épidémie de typhus ;* Paris, 1842), les mêmes documents que dans celle de Philadelphie. Si l'on consulte les observations que contient ce mémoire, on voit que le pouls y est indiqué comme plein, résistant, élevé, etc. ; on y signale également l'augmentation de volume du cœur, ou la dilatation de ses cavités.

L'altération du sang qui, dans le typhus, produit la dilatation atonique du cœur et des artères, est à peu près identique à celle de la fièvre typhoïde. Dans les deux cas, elle dépend d'un agent délétère de nature animale. Dans la fièvre typhoïde, cet agent se forme dans l'intestin, d'où il passe dans le sang qui en est infecté. Dans le typhus, cet agent est un miasme qui résulte de l'agglomération de plusieurs individus placés dans des conditions particulières, et il pénètre dans le sang par les voies respiratoires. D'après cela, je pense que les évacuants ne doivent pas agir de la même manière dans le traitement de ces deux maladies.

Fièvre jaune. — Voilà encore une maladie dans laquelle l'existence des bruits artériels me paraît devoir être admise comme conséquence de certains symptômes qui ont été décrits par les auteurs.

C'est ainsi que tous sont unanimes pour signaler la plénitude du pouls. M. Dutroulau a remarqué ce fait dans l'épidémie qui a régné à la Martinique en 1831 : « Le pouls, dit-il,

est toujours développé, plein et dur, fréquent. » (Thèse de Paris, 1842, n° 52, p. 19.) On trouve à ce sujet des détails encore plus positifs dans la monographie de Dalmas, qui avait observé cette maladie à Saint-Domingue et à New-York. « Vers le troisième jour, nous apprend Dalmas, il semble même que la vibration artérielle acquiert alors une ampleur qui indique ou le défaut d'élasticité des tuniques vasculaires, ou la présence d'un fluide aériforme dont le développement est produit par la décomposition des principes du sang. (*Recherches sur la fièvre jaune*, p. 7; Paris, 1822.) Vers le quatrième jour, les accidents deviennent plus graves; l'hémorrhagie du nez ne tarde pas à se déclarer; des bandes de couleur jaune paraissent au col et aux cuisses vers le trajet des artères iliaques, fémorales et carotides, dont les battements sont alors vraiment extraordinaires. » (P. 8.) Dans les observations détaillées que renferme cette monographie, on trouve les autres symptômes qui se joignent habituellement à la présence des pulsations artérielles considérables, et des bruits par conséquent, tels que la somnolence, les vertiges, les éblouissements, la céphalalgie pulsative, un sentiment de poids énorme à la poitrine, des battements dans la tête, etc. Nous voyons surtout ces symptômes augmenter quand le malade veut se mouvoir ou se lever, et nous les voyons se dissiper souvent après une saignée, pour reparaître quelques heures après l'émission sanguine.

Ces principaux symptômes se trouvent relatés dans un mémoire qui fait partie de la collection de Baldinger. (*Sylloge opusculorum*, t. I, p. 87; Gottingæ, 1777.) L'auteur de ce mémoire, Jacob Makittrich, qui avait séjourné en Amérique, où il avait pu observer la fièvre jaune, insiste aussi beaucoup sur la plénitude du pouls, et il nous donne en plus un caractère précieux qui permet d'affirmer sûrement qu'il y a dans cette maladie des bruits artériels, c'est la *vibration des carotides*. *Pulsus interim plenus, velox, altus; similisque*

mollis deprehenditur; arteriæ carotides vibrant; *dum dolor capitis tempora quasi percutiens intenditur.* (P. 91.) Plus loin il note la dyspnée et l'anxiété précordiale : *Angustia circa præcordia, et anxietas molestissima vomitum comitatur... respiratio difficilis fervida, suspiriosa, evadit,* etc... Devèze signale aussi cette difficulté anxieuse de la respiration : « Les malades oppressés poussaient de profonds soupirs, comme pour se débarrasser d'une gêne et d'un resserrement qu'ils éprouvaient dans la poitrine; ce qui les fatiguait beaucoup et leur faisait craindre d'étouffer. » (*Traité de la fièvre jaune,* p. 22.)

Bien que l'augmentation du volume du cœur n'ait pas été notée comme une lésion propre à la fièvre jaune, on a signalé pourtant l'état de réplétion de ses cavités et des gros vaisseaux par le sang : « Les ventricules du cœur, dit Savaresy, sont pleins de sang, et le diamètre des vaisseaux qui en sortent est plus agrandi. » (*De la Fièvre jaune en général;* 1803-1804.) Tous les auteurs sont à peu près unanimes pour faire remarquer la congestion sanguine du cerveau, des poumons, etc., dans les différentes autopsies qu'ils ont pratiquées.

Peste. — Ce n'est encore que par induction que je place la peste au nombre des maladies caractérisées par les bruits artériels. Toutefois les documents que l'on puise à ce sujet sont moins probants que ceux que nous avons trouvés pour la fièvre jaune et le typhus.

D'après la relation des observateurs de la peste de Marseille, « le pouls était ouvert et animé; il disparaissait cependant si l'on pressait l'artère avec le doigt... La respiration était précipitée, laborieuse, grande ou rare, sans toux ni sans douleurs. » (*Traité de la peste,* p. 38, 39.)

Quant aux lésions anatomiques, on indique à peu près unanimement les différentes congestions viscérales qui existent quand il y a bruit des artères. C'est ainsi qu'on note l'engor-

gement sanguin du cerveau, des poumons, du foie, etc. On est également d'accord sur l'augmentation de volume du cœur : « Nous n'avons ouvert aucun cadavre, disent les observateurs que je viens de citer, où nous n'ayons toujours trouvé les quatre cavités du cœur extrêmement remplies et dilatées par un sang épais, noir et tout grumelé. » (*Loc. cit.*, p. 201.) Le même résultat d'autopsie cadavérique est confirmé par les observations de Pugnet, Clot, etc.

Variole. — Nous allons quitter, pour la variole, l'investigation par induction sur laquelle a porté l'examen analytique des trois maladies précédentes, et nous allons rentrer dans l'observation directe.

Depuis que j'ai voulu *compter* les cas de variole qui s'offriraient à moi, pour éviter les impressions souvent trompeuses des souvenirs, j'en ai rencontré sept cas (1); et dans ces sept cas, on entendait des bruits artériels. Ils étaient très-intenses dans la période de cette maladie qui précède l'éruption ; ils diminuaient ou même disparaissaient quand l'éruption était établie, et ils reprenaient une intensité considérable quand arrivait la fièvre de suppuration; ils s'accompagnaient alors d'un battement violent des artères carotides.

La présence des bruits artériels dans la variole n'a rien qui doive étonner, si l'on a reconnu que ces bruits existent aussi dans la fièvre typhoïde. Il y a, en effet, dans ces deux maladies, un ensemble de symptômes tellement identiques, que très-souvent on les confond ensemble avant l'éruption caractéristique de la variole. On trouve, en effet, dans la variole comme dans la fièvre typhoïde, la plénitude du pouls, la pesanteur de tête, les vertiges, les éblouissements, la céphalalgie, l'anxiété précordiale, la dyspnée, l'éclat des bruits normaux du cœur et l'énergie de ses battements. Ces différents

(1) Ces sept cas ont été observés sur des hommes; il en est de même des différentes maladies qui nous restent à examiner.

symptômes présentent surtout de l'intensité avant l'éruption et lorsque apparaît la suppuration, deux époques de la maladie où nous avons dit que les bruits artériels étaient aussi très-intenses.

Les autopsies des individus qui ont succombé à la variole nous présentent des congestions sanguines très-marquées dans le cerveau, le poumon, etc. Le tissu du cœur est flasque, plus ou moins ramolli, comme dans la fièvre typhoïde; et, de même que dans cette maladie, les recherches nécroscopiques nous ont toujours montré le cœur des varioleux affecté d'une dilatation dans ses cavités, dilatation qui existe sans amincissement des parois cardiaques.

Je n'ai jamais trouvé les bruits artériels dans la rougeole, ni dans quelques cas de scarlatine bénigne, les seuls que j'ai observés depuis que j'étudie ce point de séméiologie. Il y a donc dans la variole une polyémie qui n'existe pas dans la rougeole ni dans la scarlatine bénigne. Aussi ne trouve-t-on pas non plus dans ces deux maladies l'ensemble des symptômes *pléthoriques* que nous avons indiqués plus haut, et qui existent à un si haut degré dans la variole (1).

Ce qu'il y a de singulier à remarquer, c'est que l'existence de la polyémie dans la variole a été reconnue par le premier historien de cette maladie, par Rhazès, qui la nie en même temps pour la rougeole : *In variolis autem salutaribus, sanguis quantitate peccat magis quam pravitate : atque inde est, quod oriantur cum dolore dorsi, propter extensionem venæ et arteriæ majorum, quæ sitæ sunt super vertebras spinæ dorsi.* (*Artis medicæ principes*, edente Hallero, t. VII, p. 226.) Il n'est pas sûr, comme Rhazès le pré-

(1) Il y a bien congestion ou *pléthore* locale de la peau dans la rougeole et la scarlatine bénigne ; mais il n'y a pas, comme dans la variole, polyémie générale caractérisée par la surabondance de l'ondée qui part du cœur.

tend, que les douleurs lombaires de la variole proviennent de la distension de l'aorte et de la veine cave; mais il est sûr que la masse sanguine est surabondante dans cette maladie, puisque toutes les artères superficielles présentent des pulsations exagérées, et que le volume du cœur est démontré, par la percussion, être plus considérable qu'à l'état normal.

Suette miliaire. — On trouve, dans les différentes relations que nous possédons sur la suette, et notamment dans celles de MM. Rayer, Ménière, Landouzy, Barthez et Gueneau de Mussy, les différents symptômes qui accompagnent habituellement les bruits artériels. Mais aucun de ces observateurs n'a présenté plus en relief que M. Ménière (*Arch. gén. de méd.*; p. 38; mai 1832) les symptômes qui sont liés à l'existence des bruits : « C'est ordinairement pendant la nuit, dit cet observateur, que surviennent les premiers accidents; l'individu se réveille avec céphalalgie, sueur et dyspnée. Ces trois symptômes sont à peu près constants : le pouls est large, lent et mou; la dyspnée paraît dépendre d'une congestion sanguine qui se fait tout à la fois vers le cœur et les poumons; l'obstacle à la respiration existe dans l'organe lui-même; il y a aussi pléthore au cœur, les battements des ventricules sont diffus et larges. C'est surtout à la région précordiale que le malade sent un poids qui l'étouffe... Les pulsations du tronc cœliaque sont fortes et soulèvent la paroi abdominale...(P. 100.) La congestion pulmonaire donne lieu à des hémorrhagies dans le tissu même de l'organe, ou bien le sang est exhalé à la surface muqueuse, d'où hémoptysie et autres accidents consécutifs. Une autre complication non moins fâcheuse, c'est la congestion sanguine cérébrale... (P. 103.) La soustraction rapide d'une assez grande quantité de sang fait cesser en partie l'oppression et la douleur épigastrique. Le soulagement est prompt et constant. » (P. 115.) Cet amendement aussi prompt qu'infaillible prouve d'une manière bien évidente la nature *pléthorique* des symptômes contre lesquels on dirige les sai-

gnées. Il y a donc dans la suette, comme dans les cachexies, les typhus, etc., une polyémie évidente; mais la polyémie, avec ses conditions organiques, telles que l'ampliation atonique du cœur et des artères, ne doit être considérée que comme un des états organo-pathologiques qui entrent dans la constitution de ces différentes maladies.

Fièvres intermittentes. — Nous savons qu'il y a une cachexie paludéenne caractérisée, comme toutes les autres cachexies, par l'existence des bruits artériels et par les autres symptômes qui se rattachent aux bruits. Cette cachexie paludéenne se rencontre presque toujours avec des accès dont le retour est plus ou moins périodique, pour constituer la maladie désignée sous le nom de *fièvre intermittente.* On sait que, pendant ces accès, et surtout dans le stade de chaleur, il y a des symptômes pléthoriques très-marqués, tels que céphalalgie, dyspnée, anxiété précordiale, palpitations, plénitude et dureté du pouls, battements des artères, etc.; on doit supposer dès lors qu'il y a augmentation des bruits artériels. C'est ce qui s'observe effectivement; et il est facile de s'assurer que les bruits carotidiens sont portés à leur plus haut degré pendant les stades de chaleur et de sueur. Les bruits existent aussi pendant le frisson, mais ils sont moins prononcés que dans les stades suivants, et ils cadrent dès lors avec l'état du pouls, qui est moins développé dans ce stade que dans le stade de chaleur. A ce sujet, je crois devoir préciser une expression qui s'emploie habituellement pour caractériser le pouls du stade de frisson, que l'on dit être *petit.* Il est, sans aucun doute, plus petit que celui du stade de chaleur; mais tel qu'il est, il est encore plus plein qu'il ne le sera après la guérison des accès fébriles et de la cachexie qui les accompagne.

Scorbut.

J'ai observé, depuis 7 ans, quatre cas de scorbut bien ca-

ractérisés, dont trois sur des hommes; et dans tous les quatre il y avait des bruits manifestes aux carotides (1).

On trouve un autre cas de scorbut, avec bruit artériel, dans la thèse de M. Huc-Mazelet (*du Bruit de soufflet des artères*, p. 33; thèse de Paris, 1836, nº 135.) On doit donc regarder comme exceptionnel le fait de scorbut sans bruits artériels que rapporte M. Andral dans son *Hématologie* (p. 130) (2).

L'existence du bruit carotidien, dans cette maladie, nous rend raison de certains phénomènes qui, avec les hémorrhagies, ont été toujours considérés comme constituant le cortége symptomatique du scorbut, tels que la dyspnée, les palpita-

---

(1) M. Morvan, interne distingué des hôpitaux, m'a dit avoir constaté l'existence des bruits carotidiens sur trois scorbutiques, les seuls qui se soient présentés à son observation depuis qu'il fait le service des hôpitaux.

(2) Je ferai observer à ce sujet que les maladies les plus habituellement liées à l'existence des bruits carotidiens, telles que la cachexie, même la plus caractérisée, peuvent exister chez quelques individus, et ne pas donner lieu à la manifestation des bruits. Cette exception, qui après tout n'est qu'apparente, tient encore à une anomalie d'organisation; elle dépend de ce que les artères carotides se trouvent toutes les deux dans la condition qui affecte souvent la seule carotide gauche, c'est-à-dire qu'elles sont l'une et l'autre profondément situées et inaccessibles au stéthoscope. En effet, si on examine la région carotidienne des individus en question, on n'y constatera pas des battements artériels comparables à ceux des personnes chez qui les bruits sont faciles à apprécier. Et ce qui prouve que, dans ces cas exceptionnels, la cause matérielle des bruits, c'est-à-dire la vibration des parois artérielles comme une chose très-probable, c'est que les malades présentent tous les caractères symptomatologiques qui se joignent aux bruits, telle que la plénitude du pouls, l'augmentation de volume du cœur, les palpitations, etc. J'ai observé tout récemment un cas de ce genre chez une jeune fille affectée de cachexie spontanée ou de chlorose.

tions, les vertiges, la céphalalgie, etc. Elle nous explique en même temps pourquoi tous les auteurs insistent sur l'accroissement momentané des symptômes précédents après un exercice musculaire, même le plus léger.

J'ai constaté tout cela sur les scorbutiques qui se sont présentés à mon observation; j'ai noté surtout la plénitude du pouls et les battements artériels, symptômes sur lesquels les auteurs ont à peine attiré l'attention.

Il y a donc dans le scorbut une polyémie réelle. En consultant les différents auteurs qui ont traité du scorbut, j'en ai compté trois seulement qui ont admis cette polyémie. Le premier, qui est Horstius, pense à tort que la surabondance de la masse sanguine fournit l'indication des émissions sanguines : *Sanguis igitur in scorbuto non solum qualitate, sed etiam copia peccans, venœ sectionem aut vicariam sanguinis evacuationem indicat.* (*Observationum medicinal.* lib. II, p. 232; Heilbrunæ, 1631.) Piquer, médecin espagnol, admet, comme Hortstius, que le sang est en quantité surabondante dans le scorbut : *Causæ occasionales plethora et obstructio quemadmodum aliorum morborum, ita maxime scorbuti fomes esse consueverunt.* (*Praxis medica*, p. 191, pars post.; Amstelodami, 1775.) Mais Piquer, tout en admettant l'emploi des saignées, est plus sage que Horstius; il en permet l'usage dans certains cas particuliers: *In scorbuto curando caute procedendum circa venæ sectionem. Celebrari tamen aliquando postest, dum magna anhelitus difficultas, convulsio, aut quodvis aliud grave malum ægrum ita opprimit ut suffocari videatur.* (P. 196.) Enfin, Poissonnier-Desperrières, qui avait été souvent à même d'observer le scorbut, reconnaît aussi que le sang surabonde dans cette maladie. « La lassitude spontanée, dit-il, et tous les autres symptômes qui annoncent le commencement de la maladie, nous présentent tout à la fois les phénomènes de la pléthore et de l'épaississement des hu-

meurs.» (*Maladie des gens de mer*, p. 65.) Cet auteur recommande aussi la saignée, mais avec une certaine restriction: «On peut mettre en question si la saignée peut être utile ou nuisible dans ce cas : la pléthore semble l'exiger, pendant que le relâchement des solides, l'abattement et la prostration des forces la contre-indiquent, de sorte qu'on ne doit pas recourir indifféremment à ce remède.» (P. 115.)

Poissonnier, comme on le voit, admet qu'il y a un relâchement des solides dans le scorbut, et en cela il est d'accord avec tous les médecins qui ont observé cette maladie. L'atonie porte surtout sur le cœur et les artères qui se relâchent : de là la production des bruits artériels et des autres symptômes qui accusent une surabondance du liquide sanguin.

On sait que M. Kéraudren a fait, au commencement de ce siècle, un travail important dans lequel il établit que le scorbut présente les symptômes des affections du cœur, et que la nature de cette maladie réside dans une atonie du système vasculaire. (*Réflexions sommaires sur le scorbut;* Paris, 1803.) Il ne me paraît pas sans importance de citer quelques passages de ce travail; on y verra les raisons qui motivent l'opinion de M. Kéraudren. «Le cœur, dit cet observateur, organe principal de la circulation, participe du mauvais état des vaisseaux, et souvent il est le siége des lésions les plus graves. Poupart, en disséquant des cadavres de scorbutiques, a observé que ceux qui mouraient subitement avaient les oreillettes aussi grosses que le poing. Voici l'état dans lequel Rouppe dit avoir trouvé le cœur d'un scorbutique: *Cor magnum et subalbicans fuit; dexter sinus atque cordis ventriculus sanguine nigro atque coagulato turgebant.....* A ces témoignages je peux ajouter ce que dit Huxham dans sa dissertation sur le mal de gorge, que les scorbutiques et les pestiférés ont le cœur mou et d'une extrême grosseur... (P. 32, 33.) Lorsque le scorbut est aigu, la face présente de bonne heure cette expression qu'on lui trouve sur les malades attaqués de maladies orga-

niques du cœur ; le visage est injecté, le teint est plombé, l'œil est saillant ; les lèvres sont tuméfiées et livides ; en un mot, la physionomie est vultueuse. Si à ces symptômes on ajoute l'état du pouls, la difficulté de respirer, les palpitations, l'engorgement des membres abdominaux, on aura réuni presque tous les signes caractéristiques des lésions organiques du cœur et des principaux troncs vasculaires. » (P. 34.)

M. Kéraudren, dans son travail, ne porte aucunement son attention sur l'état du sang. Il ne voit que les solides et les parois du système vasculaire, ce qui se conçoit sans peine quand on réfléchit au solidisme outré qui régnait alors. Maintenant qu'il est permis d'être humoriste, nous restituerons à l'altération du sang ce qui lui revient dans la pathogénie du scorbut. Nous admettrons donc, avec M. Andral, que dans cette maladie le sang perd une portion notable de sa fibrine. Par suite de cette *défibrination*, le sang cesse d'exciter suffisamment les tissus, et détermine surtout une atonie du cœur et des artères. Les artères et le cœur, étant frappés d'atonie, se relâchent et augmentent de capacité, et le sang augmente par conséquent de volume pour satisfaire à l'ampliation de ses réservoirs.

On trouve dans ces altérations successives du sang et des vaisseaux la raison de tous les symptômes qui se montrent dans le scorbut, et l'on peut ainsi concilier toutes les opinions que j'ai successivement exposées. Les mêmes altérations, et les bruits artériels qui en sont comme l'expression physique, nous donnent la raison des rapports que l'on a établis entre le scorbut et différentes maladies. Nous pouvons comprendre pourquoi Bordeu ne voyait qu'un *scorbut aigu* dans les fièvres putrides, et pourquoi Dalmas comparait le scorbut avec la fièvre jaune (1).

(1) Lorsqu'on réfléchit sur les phénomènes que la fièvre jaune présente, on est tout étonné des rapports et de l'analogie qu'on

Il y a une maladie qui ressemble beaucoup au scorbut, et qui n'est pas aussi rare à Paris : c'est le *purpura* ou le *morbus maculosus* de Werhof. Le *purpura* diffère surtout du scorbut en ce que les gencives de ceux qui en sont atteints ne sont pas gonflées et saignantes, comme celles des scorbutiques; malgré cette différence, beaucoup de médecins réunissent ces deux maladies sous le nom générique de *scorbut*. Quand le *morbus maculosus* est très-caractérisé, que les taches ecchymotiques affectent la presque totalité de la peau, et qu'elles ne sont pas fixées seulement aux membres inférieurs, comme cela arrive quelquefois chez les vieillards, on observe alors des vertiges, de la dyspnée, des palpitations, etc., surtout après les mouvements ; on observe aussi la plénitude du pouls et les bruits artériels. Il m'est impossible de fournir une statistique précise des faits que j'ai rencontrés ; je ne peux que donner à ce sujet le résultat de souvenirs très-positifs.

Quant aux hémorrhagies qui se montrent dans le scorbut, la fièvre typhoïde, le typhus, etc., on ne saurait nier qu'elles résultent surtout de la défibrination du sang, ainsi que l'ont démontré MM. Andral et Gavarret; mais on doit aussi reconnaître que l'état de surabondance de la masse sanguine, prouvé également dans les mêmes maladies par la présence des bruits artériels, doit avoir sa part d'influence dans la production de ces hémorrhagies.

Hydropisies.

J'envisagerai ici seulement les hydropisies que l'on a appelées *essentielles*, et que maintenant l'on fait dépendre

---

trouve entre elle et le scorbut. Toute la différence consiste en ce que l'une parvient, en sept et même quatre jours, au terme d'une carrière que l'autre met quatre, sept mois et plus à parcourir. (*Recherches sur la fièvre jaune*, p. 18.)

d'une altération du sang. Je les diviserai en celles qui sont accompagnées d'albuminurie, et celles qui sont sans albuminurie.

Hydropisie avec albuminurie; maladie de Brigth, etc. — Cette maladie est encore une de celles dans lesquelles les bruits artériels se montrent comme symptôme habituel, et non pas comme un simple phénomène accidentel dû aux émissions sanguines ou à une affection coïncidente. Depuis six ans j'ai rencontré sur des hommes douze cas d'*albuminurie* datant de quelques jours, non compliqués et vierges de tout traitement; dix fois j'ai constaté des bruits carotidiens très-manifestes.

Il va sans dire que j'ai retrouvé, dans ces cas d'albuminurie, les mêmes symptômes que jusqu'à présent nous avons vus liés à l'existence des bruits artériels, tels que la plénitude du pouls, battements des carotides, palpitations, dyspnée, vertiges, céphalalgie, bourdonnements d'oreille, etc. etc. Tous ces symptômes augmentent après un exercice musculaire, et ils diminuent au contraire, et à l'instant même, quand on pratique une saignée au malade.

On trouve quelques-uns de ces symptômes notés çà et là dans les nombreuses observations rapportées par Bright, Christison, M. Rayer et ses élèves, M. Martin-Solon, etc. C'est ainsi qu'on indique quelquefois la dyspnée; souvent on parle de la plénitude et de la dureté du pouls; on insiste sur la céphalalgie gravative et sur la somnolence qui la termine. Mais nulle part on ne donne, dans l'histoire de cette maladie, l'énumération de tous les signes de la polyémie, qui sont les mêmes dans la maladie de Bright que dans la cachexie, la fièvre typhoïde, etc.; et nulle part surtout on ne les rattache à l'existence des bruits artériels, qui sont un symptôme habituel de l'hydropisie avec l'albuminurie.

Les observateurs ont noté à peu près unanimement une altération anatomique qui doit se rencontrer ici comme dans

toutes les affections que nous avons examinées : c'est une affection du cœur, consistant tantôt en dilatation simple, tantôt en dilatation avec augmentation d'épaisseur des parois cardiaques. Le docteur Bright, sur cent autopsies d'individus morts à la suite de l'albuminurie, n'en a noté que trente-trois dont le cœur ne présentait rien de notable. (*Gazette médicale*, 1836, p. 840.) Et encore doit-on se demander si, dans ces trente-trois cas, on n'avait pas affaire à des cœurs naturellement très-petits à l'état sain, et qui dès lors, bien qu'augmentés de volume sous l'influence de l'albuminurie, n'auront pas pu acquérir des dimensions assez considérables pour frapper l'attention ; car, de même qu'il y a des artères radiales d'un très-petit calibre, il y a aussi des cœurs d'un très-petit volume.

La dilatation et l'hypertrophie du cœur ne se rencontrent donc pas dans la maladie de Bright à titre de complication, mais elles s'y trouvent comme une des altérations constituantes de cette maladie. Il faut excepter toutefois les lésions des orifices du cœur, rétrécissements et insuffisances, qui coïncident quelquefois avec l'albuminurie, et qui ne doivent être considérées que comme des complications pures et simples de l'albuminurie.

La production de la dilatation et de l'hypertrophie du cœur a lieu par le même mode que celui de toutes les affections semblables qui nous ont occupé. On doit les expliquer par une atonie du cœur, qui, dans la maladie de Bright, est consécutive à cette altération du sang que caractérise la diminution des matériaux solides du sérum.

La polyémie qui existe dans cette maladie n'est indiquée que par un seul observateur, par M. Martin-Solon, qui admet une *pléthore séreuse* dans les cas seulement où le pouls avait *beaucoup* de plénitude, c'est-à-dire lorsque l'artère radiale était d'un calibre assez considérable pour faire admettre d'emblée la plénitude du pouls. Cet observateur part de là pour

expliquer en partie la production de l'hydropisie. (*De l'Albuminurie*, p. 271.) C'est ce que nous examinerons plus loin.

Hydropisies sans albuminurie. — Dans ces hydropisies, il n'y a ni albumine dans les urines, ni altération du rein. Elles sont moins fréquentes que les précédentes.

J'en ai observé quatre cas depuis six ans, et, comme les précédents, existant à l'état de simplicité; et dans tous les quatre il y avait du bruit aux carotides; il y avait en même temps vertiges, bourdonnements d'oreille, dyspnée, palpitations au cœur, comme dans les hydropisies avec albuminurie, et comme dans les autres maladies que nous avons examinées.

On est porté ordinairement, par la considération de la dyspnée, des palpitations, de l'éclat des bruits normaux, et quelquefois des bruits de souffle au premier temps, à regarder l'hydropisie qui nous occupe comme le résultat d'une *maladie du cœur;* parce que toutes les fois que les urines ne sont pas coagulables, et qu'on ne peut pas trouver la cause d'une hydropisie dans une altération des reins, on tient, pour ainsi dire, à rattacher la suffusion séreuse à une lésion de l'organe central de la circulation. Et cependant, dans l'hydropisie sans albuminurie, le cœur n'est pas autrement malade que dans la maladie de Bright (1). Les symptômes présentés par le cœur sont les mêmes dans chaque hydropisie; comme aussi dans les deux cas l'affection du cœur est consécutive à l'altération du sang, qui est en même temps la cause première de l'hydropisie.

Cette altération du sang, qui détermine la formation de l'hydropisie, paraît dépendre de la diminution de la propor-

(1) Je parle ici expressément des cas d'hydropisie qui ne s'expliquent ni par une obstruction des veines, ni par un asthme, de ceux où le cœur n'est pas affecté de lésions d'orifices et ne présente qu'une simple dilatation de ces cavités avec hypertrophie plus ou moins considérable de ses parois.

tion de l'albumine du sérum. (Andral, *Hématologie.*) On comprend très-bien que la proportion de l'albumine diminue dans le sérum du sang, quand il y a albuminurie et qu'une grande quantité d'albumine s'échappe par les urines; mais quand l'hydropisie existe sans albuminurie, ainsi que M. de Castelnau en a rapporté des observations (*Arch. gén. de médecine*, juin 1844), il est impossible de recourir au même mode d'explication, et cependant il est permis de supposer que, même dans ces cas-là, l'albumine du sérum du sang pèche par défaut. On trouve, en effet, dans le travail de MM. Becquerel et Rodier (p. 111), des cas d'hydropisie sans albuminurie, dans lesquels le chiffre de la proportion de l'albumine du sang était évidemment au-dessous de l'état normal. Dans ce genre d'hydropisie, l'albumine ne serait pas produite en assez grande quantité par les fonctions réparatrices, tandis que dans l'hydropisie avec albuminurie l'albumine du sang se perdrait par les urines; et dans les deux cas, par conséquent, il n'y aurait pas une quantité suffisante d'albumine dans le sang.

Je *crois* donc que la diminution de la proportion de l'albumine du sang est la cause première ou principale de la formation de l'hydropisie dite générale; mais je pense en même temps que l'état de polyémie démontré par la présence des bruits carotidiens, exerce une influence considérable sur l'extravasation du sérum du sang, qui constitue l'hydropisie; de la même manière qu'elle contribue à produire l'extravasation du sang lui-même, dans les différentes maladies où il y a en même temps défibrination du sang, hémorrhagies et bruits artériels. Il me paraît assez difficile de ne pas reconnaître la réalité de cette influence, toute mécanique, de la polyémie sur l'hydropisie, quand on songe aux travaux de Lower et de M. Bouillaud, et aux expériences de M. Magendie qui a déterminé à volonté des hydropisies sur des animaux, en leur injectant de l'eau dans les veines.

Du reste, ce qui prouve que la surabondance du sang joue un rôle important dans la production de ces hydropisies, c'est que, dans les commencements de la maladie, il suffit de pratiquer une large saignée pour diminuer et dissiper presque immédiatement l'œdème ; mais, le plus souvent, il reparait le lendemain ou le surlendemain, lorsque le sang est revenu à son état de quantité surabondante. Ceux qui veulent se renseigner à ce sujet n'ont qu'à consulter les nombreuses observations que nous possédons sur l'hydropisie.

Ictère, calenture, empoisonnement.

Nous n'avons pas épuisé la liste des maladies dans lesquelles il y a des bruits artériels. On doit compter parmi elles l'*ictère,* et en particulier l'*ictère* produite par des causes morales. Dans cinq cas de cette espèce que j'ai observés, j'ai toujours constaté la présence des bruits aux carotides; et, comme toujours, j'ai constaté aussi l'existence de la plupart des symptômes qui accompagnent ces bruits, tels que la plénitude du pouls, les vertiges, les bourdonnements d'oreille, les palpitations, etc. J'insiste d'autant plus sur l'existence de ces symptômes, qu'ils n'ont jamais été signalés dans les différentes histoires que l'on a données de l'ictère.

Il y a une maladie particulière aux gens de mer, la *calenture,* dans laquelle l'existence des bruits a été mise hors de doute par M. Beisser (thèse de Paris, 1832). M. Beisser, chirurgien de la marine royale, avait été à même d'observer cette maladie, soit sur la côte de Cadix, soit sur celle de Rio-Janeiro. Parmi les différents symptômes signalés par cet observateur, voici ceux qu'il nous importe le plus de connaître.

« La face est brûlante, vultueuse, d'un rouge pourpre ; la conjonctive est fortement injectée et couleur de sang ; la soif est intense ; la respiration est précipitée, irrégulière et con-

vulsivement saccadée, avec menace de suffocation. Les artères sont dures, résistantes, difficiles à déprimer. Si l'on applique l'oreille ou le stéthoscope sur la région précordiale et sur l'origine des gros troncs artériels, on entend un bruit de souffle précipité bien distinct, comparable à celui que produiraient des tuyaux d'orgue d'une grande dimension. Les veines superficielles sont distendues, résistantes. Le sang est tellement épais et visqueux, que ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'on parvient à le faire couler par les ouvertures les plus larges, et qu'on est même obligé d'opérer la succion sur l'ouverture des veines. »

Cette viscosité extrême du sang sur laquelle insiste tant M. Beisser, a été signalée aussi par Ollivier, qui, un des premiers, a observé la calenture. (*Dictionnaire de James, art. Calenture.*) Ce dernier médecin parle, en effet, d'un matelot à qui il a fallu ouvrir trois veines pour avoir du sang. Ce fait a une certaine importance dans la question qui nous occupe, car il prouve que la liquidité exagérée du sang n'est pas une condition essentielle à la production des bruits artériels.

Les bruits artériels se montrent *très-probablement* aussi dans les différents empoisonnements, où la substance toxique, ayant préalablement altéré le sang, détermine une sorte d'atonie aiguë sur le cœur et augmente la capacité de ses cavités. Le hasard ne m'a jamais présenté des cas semblables depuis que je m'occupe de l'étude des bruits artériels : je ne puis donc émettre que de simples conjectures sur la probabilité de l'existence des bruits dans l'empoisonnement par les narcotiques, dans l'asphyxie par l'acide carbonique, etc.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ÉTUDES SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR ABAISSEMENT

(Lues à la Société de chirurgie de Paris, le 16 août 1845);

Par L. GOSSELIN, *agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du Bureau central.*

On s'étonnera peut-être qu'à notre époque des recherches nouvelles sur l'opération de la cataracte par abaissement, surtout des recherches anatomiques et opératoires, aient été jugées nécessaires. Depuis que Scarpa a remis cette méthode en honneur, elle a été pratiquée un grand nombre de fois; elle est exécutée journellement par les chirurgiens, et, parmi les membres de cette Société, je sais que plusieurs lui donnent habituellement la préférence sur l'extraction. Ne semble-t-il pas, d'après cela, que tout doit être bien connu, bien fixé, et que le manuel opératoire doit être établi sur des règles sûres et positives?

Cependant le jeune chirurgien qui veut entreprendre cette opération pour la première fois se trouve singulièrement embarrassé pour savoir quel est le meilleur procédé à suivre. S'il consulte le souvenir de ce qu'il a vu faire à ses maitres dans les hôpitaux, il demeure incertain; car, ou bien il n'a pu voir et suivre exactement la manœuvre de l'aiguille dans l'intérieur de l'œil, ou bien ce qu'il a vu faire par tel et tel chirurgien a différé de ce qu'a fait tel ou tel autre. D'un autre côté, s'il veut consulter les auteurs classiques, il y trouve le même sujet d'hésitation, car ces auteurs sont loin de s'entendre : les uns prescrivent certaines manœuvres dont les autres ne parlent pas; la plupart nous disent que certaines indications doivent être remplies; mais ils le disent comme si l'exécution était toute simple, toute facile, et n'avait besoin que d'être énoncée et comprise pour qu'on la mît de suite en pratique. Presque tous enfin décrivent le manuel opé-

ratoire tel qu'ils le conçoivent ou l'adoptent, mais sans comparer leur description avec celles des autres, sans nous faire connaître les raisons sur lesquelles ils appuient leur préférence.

Pour moi, j'ai voulu savoir quel résultat immédiat pouvaient fournir les divers procédés indiqués par les auteurs les plus recommandables; j'ai voulu savoir comment on arrivait le plus sûrement au but que l'on se propose en abaissant la cataracte, et pour cela je me suis adressé à la dissection. J'ai opéré un grand nombre de fois sur des yeux de cadavres, et j'ai examiné soigneusement le résultat obtenu. De semblables recherches demandent beaucoup de temps et de patience; l'abaissement est fort difficile à exécuter sur le cadavre, à cause de la mollesse du cristallin qui se laisse souvent déchirer plutôt que s'abaisser; il m'a donc fallu répéter souvent un même procédé avant d'obtenir quelque chose de satisfaisant. En même temps j'ai suivi avec soin un certain nombre d'opérations pratiquées dans divers hôpitaux; j'ai comparé les résultats obtenus avec ceux que je constatais par l'anatomie, et je suis arrivé ainsi à certaines conclusions qu'il me paraît utile de faire connaître. Je ne me dissimule pas que des recherches semblables ont été entreprises par d'autres avant moi; mais il me semble qu'on n'a pas assez bien dit ce que l'on avait observé. Je ne me dissimule pas non plus que les conclusions ne paraîtront pas nouvelles à ceux qui ont opéré souvent sur des malades, et auxquels l'expérience a nécessairement démontré ce que la dissection, jointe à des observations nouvelles, n'aura permis d'avancer. Je réclame néanmoins un peu d'indulgence pour ce travail; car on voudra bien faire attention qu'il s'adresse non pas aux praticiens consommés, mais à ceux qui, débutant dans la carrière, ne trouvent pas assez catégoriquement exposé dans les livres tout ce qu'il est nécessaire de savoir sur ce sujet.

Il est un point sur lequel tout le monde est à peu près d'ac-

cord : c'est celui des indications à remplir. Éloigner le cristallin du passage des rayons lumineux, et le conduire à la partie inférieure et externe du corps vitré ; éloigner avec lui la capsule cristalline, soit parce qu'elle est actuellement opaque, soit parce qu'elle pourrait le devenir consécutivement, telles sont les conditions auxquelles le chirurgien doit satisfaire pour exécuter convenablement cette opération. Mais comment doit-il s'y prendre ? J'ai dit tout à l'heure que là commençaient les incertitudes et les divergences, que je tiens à faire ressortir. Pour cela, je divise mon travail en deux parties : dans la première, je passerai en revue les descriptions de nos meilleurs auteurs, et je dirai les résultats que j'ai constatés en suivant exactement ces descriptions ; dans la seconde, qui sera beaucoup plus courte, j'exposerai les conclusions auxquelles j'ai été amené sur l'opération par abaissement.

PREMIÈRE PARTIE.

Pour ne point allonger inutilement ce travail, je passerai seulement en revue les auteurs depuis Scarpa. L'abaissement est de date beaucoup plus ancienne ; mais c'est en vain que l'on chercherait dans les prédécesseurs de Scarpa des préceptes positifs. Cette opération est d'ailleurs décrite assez légèrement par les chirurgiens qui ne connaissaient pas bien la disposition de la capsule, et par conséquent n'étaient pas assez préoccupés du soin de prévenir les cataractes secondaires formées par l'opacité de cette membrane. Scarpa, l'un des premiers, a bien insisté sur ce point, en même temps qu'il a mieux précisé le lieu où l'on devait placer la cataracte, en l'abaissant.

1° *Description de Scarpa.* — « Ce qui s'oppose souvent, dit Scarpa, au succès de l'opération, c'est la capsule ; il serait à désirer que le chirurgien pût, dans tous les cas, séparer

exactement, et avec le cristallin opaque, la capsule entière, de la zone ciliaire à laquelle elle est attachée.» On voit que Scarpa pose bien, par ces paroles, l'indication d'enlever la capsule du champ de la pupille; mais il ajoute: «Cela s'obtient quelquefois par une combinaison heureuse et imprévue; mais c'est rare, parce que le plus souvent la zone ciliaire unit si étroitement la capsule avec le corps vitré, que, même en anatomisant, on ne peut séparer ces parties sans déchirure.» J'ai tenu à mettre en relief ces paroles de Scarpa; car la présence de la capsule est toujours la cause des difficultés, des insuccès de l'abaissement, et nous allons voir bientôt que sa disparition du champ de la pupille est ce qu'il y a de défectueux dans la plupart des procédés.

En effet, examinons la description que donne Scarpa du manuel opératoire: le chirurgien étant assis sur une chaise, etc., l'aiguille est introduite dans la sclérotique, à un peu plus d'une ligne de la cornée, la convexité tournée parallèlement à la tempe gauche. L'opérateur en conduit la convexité sur la sommité du cristallin cataracté, le fait descendre un peu, puis fait passer la pointe crochue entre le corps ciliaire et la capsule, pour la faire paraître à nu dans la pupille; après quoi, la pointe du crochet, tournée en arrière, sera poussée avec précaution et dans une direction horizontale entre l'iris et la capsule, jusqu'à ce qu'elle soit parvenue près du bord du cristallin le plus rapproché de l'angle interne. L'opérateur, en inclinant davantage contre soi le manche de l'instrument, imprimera profondément la pointe crochue de l'aiguille dans la capsule et en même temps dans la substance du cristallin opaque, et, par un mouvement de l'aiguille en arc de cercle, il déchirera amplement cette capsule, transportera la lentille cataractée hors de l'axe visuel, et l'enfoncera profondément dans le corps vitré.

Ainsi, l'auteur que j'analyse en ce moment veut faire disparaître du champ de la pupille la portion de capsule qui y

correspond ; pour cela, il propose de la déchirer en même temps que l'on enfonce avec l'aiguille le cristallin dans le corps vitré. Il ne fait donc pas un temps spécial de l'opération pour cette déchirure de la capsule. Voyons maintenant les résultats que m'a donnés cette manœuvre. Je dirai d'abord, afin de n'être plus obligé d'y revenir, quelles parties l'aiguille traverse et intéresse avant d'opérer la dépression. Pour le bien constater, j'ai simplement enfoncé l'aiguille dans l'œil à 4 millimètres en arrière de la cornée, et l'ai fait sortir au côté opposé sans pratiquer l'abaissement. Enlevant ensuite avec précaution un segment de la choroïde au-dessus du point où la piqûre avait été faite, j'ai vu que l'aiguille avait transpercé la sclérotique et la choroïde à l'endroit où elle commence à se plisser pour former les procès ciliaires ; mais j'ai bien constaté qu'elle n'avait pas intéressé la rétine. Je tiens à faire ressortir ce dernier point ; car le plus grand nombre des auteurs, Boyer, M. Velpeau, M. Sichel en particulier, ont avancé que la rétine était nécessairement traversée par l'aiguille, du moment où cette aiguille entrait dans l'œil par la sclérotique. Or, ce fait n'est point exact. En admettant, avec la plupart des anatomistes, que la rétine finit dans la partie postérieure de la couronne de Zinn et en se confondant avec elle, une aiguille qui pénétrera à 4 ou 5 millimètres de la cornée restera au devant de la terminaison de la rétine. Sur dix yeux, j'ai enlevé vers le haut de l'œil un segment de la sclérotique et de la choroïde pour mettre bien à découvert en un point la terminaison de la rétine, et j'ai mesuré avec un compas la distance qui sépare cette terminaison de l'union de la sclérotique avec la cornée ; j'ai toujours trouvé que cette distance était de 6 à 7 millimètres, c'est-à-dire 3 lignes au moins. Si donc on fait entrer l'aiguille à une ligne ou deux de la cornée, suivant le précepte le plus général, elle ne blessera pas la rétine.

J'ai cherché également si, dans ce premier temps de l'opé-

ration, le cercle ciliaire était traversé; j'ai trouvé à cet égard des variétés; mais, dans la plupart des cas, il était resté intact. En effet, mesurant de la même manière la distance qui sépare la circonférence de la cornée, de la partie la plus reculée du cercle ciliaire, j'ai trouvé 3 à 4 millimètres. On conçoit donc que cet organe sera ou ne sera pas traversé, suivant que l'aiguille pénétrera un peu plus en avant ou un peu plus en arrière. Il y a quelque importance à savoir que la rétine n'est pas lésée dans ce premier temps de l'opération par abaissement; car cette lésion serait un inconvénient réel, et l'abaissement en a bien assez d'autres sans qu'on y ajoute ce dernier. Quant à la lésion du cercle ciliaire, je ne sais si elle aurait des résultats bien fâcheux; peut-être cependant pourrait-elle être le point de départ de cette inflammation que M. A. Bérard a décrite dans ces derniers temps sous le nom de *cyclite*.

Scarpa, dans sa description, a supposé la possibilité de faire passer l'aiguille dans la chambre postérieure de l'œil, entre l'iris et la capsule antérieure; cependant un peu plus loin il prévient ses lecteurs que l'instrument s'engage quelquefois dans la capsule même, et que, si l'on abaisse sans y prendre garde, l'on s'expose alors à laisser à sa place la capsule antérieure dans toute son intégrité. Or, j'ai cherché quelle pouvait être la règle à cet égard. Pour cela, après avoir dirigé l'aiguille vers la partie supérieure du cristallin, et l'avoir amenée au niveau de la pupille, j'ai arrêté là mon opération, afin d'examiner ce qui avait eu lieu. J'enlevais alors avec précaution la cornée et l'iris, je plaçais le reste de l'œil dans l'eau en le maintenant avec deux pinces, et il m'était aisé de voir si la face antérieure du cristallin présentait l'aspect lisse et uniforme de l'état normal, ou s'il offrait quelque inégalité due au déchirement partiel de la capsule antérieure par l'aiguille. Dans la plupart des cas, la capsule était ouverte, c'est-à-dire que l'aiguille était passée derrière

elle, au lieu de s'engager entre elle et l'iris; l'ouverture tenait à ce que, au lieu de retirer l'aiguille par le chemin où elle était entrée, je la poussais en avant pour transpercer la cornée, et je la laissais en place afin d'être sûr, si je trouvais la capsule intéressée, que cette lésion n'aurait pas été produite par l'instrument pendant sa sortie. Je reviendrai plus loin, en analysant d'autres auteurs, sur ce temps de l'opération. Dès ce moment je suis fondé à dire que, en dirigeant l'aiguille vers la circonférence du cristallin, et l'amenant ensuite vers la pupille, on peut passer quelquefois entre l'iris et la capsule, suivant le précepte de Scarpa, mais que plus souvent l'aiguille reste derrière la capsule. Scarpa a dit ce qu'il fallait faire en pareil cas; je l'indiquerai ailleurs. Ici je tiens seulement à rechercher si les règles de l'opération sont établies d'une manière positive, et jusqu'à quel point le chirurgien peut être sûr de ce qu'il fait dans les divers temps de l'abaissement.

Voyons maintenant en quel état se trouve la capsule, après l'abaissement opéré suivant la description de Scarpa. Je ne relaterai pas ici toutes les expériences que j'ai faites; car il m'est arrivé souvent, la manœuvre ayant été bien exécutée, de trouver le cristallin à sa place, divisé en deux fragments ou même broyé. Je citerai seulement les faits les plus concluants.

Le 15 mars 1845, après avoir fait sur un œil gauche l'abaissement et suivi aussi exactement que possible les règles de Scarpa, j'ai enlevé avec les plus grandes précautions la cornée, l'iris et même une partie de la sclérotique; puis j'ai saisi avec deux pinces ce qui restait de la coque oculaire, et l'ai placé dans un vase rempli d'eau. Dès lors il m'a été facile de voir que le cristallin était déplacé, et que la capsule antérieure offrait une perforation assez considérable; le trou s'étendait d'un côté à l'autre du cristallin; mais il passait au-dessus du diamètre transversal de la pupille, en sorte que,

au niveau de l'axe de cette ouverture et au-dessous, la capsule restait, tandis qu'au niveau de la partie supérieure elle n'existait plus. Ce trou avait une forme triangulaire très-marquée; la base du triangle était tournée en dehors et le sommet en dedans. Je crus d'abord qu'un lambeau triangulaire de la capsule avait été abaissé avec le cristallin; mais en agitant dans l'eau le segment oculaire tenu toujours avec mes deux pinces, j'aperçus au côté externe ce lambeau, qui, pelotonné sur lui-même, enchevêtré peut-être dans la portion d'humeur vitrée poussée en avant à la place du cristallin, avait échappé d'abord à mon examen. En agitant davantage, ce lambeau s'est déplissé, et est venu se placer sur le trou triangulaire. Ce résultat fut aisément constaté, parce que la capsule était devenue légèrement opaque, au moyen d'un fil imbibé d'acide sulfurique que j'avais passé à travers la lentille, suivant le conseil de Jæger et Rosas, quelques heures avant l'expérience. Quant au cristallin lui-même, il était abaissé et porté en arrière dans une direction un peu oblique, le bord inférieur en avant. Il était, en outre, divisé en deux fragments, dont l'inférieur, légèrement basculé, touchait cependant encore un peu la capsule. Cette division du cristallin est un des inconvénients du fil passé à travers lui; mais je l'ai obtenue également sur des yeux pour lesquels je n'avais eu recours à aucun moyen artificiel propre à donner de l'opacité au cristallin, et j'ai déjà dit que la friabilité de l'organe est ce qui rend si difficiles les expérimentations de ce genre.

Le 20 mars, j'ai opéré de la même manière sur un œil dont j'avais rendu le cristallin légèrement opaque au moyen du fil imbibé d'acide sulfurique, et j'ai examiné dans l'eau avec les mêmes précautions que tout à l'heure. Cette fois il y avait à la capsule une fente transversale et large dans toute son étendue d'un millimètre et demi environ. Cette fente était encore placée au-dessus du grand diamètre de la pupille. Le cristallin, divisé encore en deux fragments, était placé dans

l'humeur vitrée, la face antérieure regardant en haut et l'inférieure en bas. Une partie de l'humeur vitrée était venue, comme dans le cas précédent, se placer entre les deux lèvres de l'ouverture faite à la capsule, et je n'ai pu retrouver nulle part les parcelles déchirées de cette dernière.

Sur un autre œil opéré le même jour et par le même procédé, j'ai enlevé un segment de la sclérotique pris en arrière, dans le but de mieux étudier la position nouvelle du cristallin; mais une compression trop forte ayant été exécutée, cet organe est remonté et est venu dans la chambre antérieure. Après cela néanmoins, il y avait encore une grande portion de la capsule non déchirée : c'était l'inférieure. La partie supérieure était réduite en une infinité de parcelles; mais je ne sais si ce résultat était dû à l'action de l'aiguille ou à l'espèce de déchirement opéré par le passage du cristallin.

Je rapprocherai de ces expériences celle que j'ai faite le 21 mai : le cristallin était encore placé en réclinaison, et la capsule présentait une fente d'environ 2 millimètres de hauteur, s'étendant d'un côté à l'autre, et toujours située au-dessus du centre de la pupille. Dans ce cas et dans tous les autres, la circonférence de la capsule avait conservé ses connexions avec la couronne ciliaire.

Ainsi, pour résumer ce qui concerne la capsule antérieure dans le procédé de Scarpa, nous pouvons dire qu'exécuté dans toute sa simplicité, ce procédé amène la déchirure de la capsule, et que la déchirure a lieu par le fait même de l'abaissement; mais l'ouverture ainsi établie ne correspond pas à toute l'étendue de la pupille, et elle est ordinairement placée au niveau de sa partie supérieure. Il serait possible, en appliquant l'aiguille, pour abaisser, sur le milieu juste de la face antérieure du cristallin, d'obtenir la perforation de la capsule dans la direction de l'axe de la pupille; mais alors l'abaissement, ou plutôt la réclinaison, serait plus difficile à exécuter. Jai essayé d'en agir ainsi; mais je ne suis pas par-

venu à abaisser le cristallin ; il m'a fallu ramener l'aiguille, à diverses reprises, sur la lentille, et alors c'est le broiement que l'on exécute au lieu de l'abaissement, ou la réclinaison.

Pour ce qui est de la capsule postérieure, il a été évident pour moi, dans tous les cas où j'ai obtenu l'abaissement, qu'elle s'était ouverte et déchirée pour laisser passer le cristallin ; quelquefois sa ténuité et sa transparence m'ont empêché d'en distinguer les débris ; mais dans d'autres cas j'en ai pu apercevoir quelques lambeaux attirés en arrière et tenant encore à la circonférence de la lentille. Un semblable résultat me paraît devoir être obtenu dans tous les cas où on plonge le cristallin dans l'humeur vitrée, et, à cause de cela, je pense qu'il ne faut pas trop se préoccuper des cataractes secondaires postéro-capsulaires à la suite de l'abaissement.

2° *Description de Boyer.* — Je n'ai pas à m'arrêter longtemps sur les préceptes de Boyer; car cet auteur a répété à peu près textuellement la description de Scarpa. Je remarque seulement que, parmi les accidents possibles de l'abaissement, Boyer signale la déchirure de la rétine par le cristallin, dans un mouvement trop brusque qui lui serait imprimé par l'aiguille. J'ai plusieurs fois cherché si cette déchirure avait eu lieu ; pour cela, j'enlevais la moitié de la coque oculaire opposée à l'endroit où j'avais amené le cristallin; je laissais l'humeur vitrée en place, et je regardais par transparence l'état de la rétine. Jusqu'ici je n'ai pu constater la déchirure dont parle Boyer, et cependant je la crois possible dans les cas où, le cristallin remontant, on est obligé de renouveler plusieurs fois la tentative d'abaissement. Si alors, pour éviter une réascension, on cherche à enfoncer la lentille plus profondément dans le corps vitré, il est bien difficile de calculer assez positivement pour être sûr que le cristallin ne viendra pas comprimer ou déchirer la rétine, ou que l'aiguille elle-même ne produira pas ces lésions; car, dans ces cas, l'instrument peut s'enfoncer dans l'épaisseur du cristallin, et alors,

pour déprimer suffisamment, il est possible que sa pointe, dépassant le niveau de l'organe, vienne piquer la rétine.

3° *Description de Sanson.* — Je prends cette description dans l'article *Cataracte* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* J'abrégerai autant que possible. « On traverse avec l'instrument les membranes de l'œil, à une ligne et demie de la circonférence de la cornée; on le dirige, non pas directement en avant vers la pupille, comme le veulent quelques-uns : car on évite alors difficilement de traverser le cristallin, ce qui gêne ensuite pour la manœuvre opératoire, ou on blesse les procès ciliaires; mais on le pousse de bas en haut et de dehors en dedans, jusqu'à ce que la concavité de la lame soit arrivée à la partie supérieure de la lentille, ce dont on juge par la profondeur à laquelle il a pénétré; alors on incline le manche en arrière, et on lui imprime un mouvement par lequel la concavité de l'aiguille vient regarder en arrière; on cherche, par de légers mouvements, à décoller la partie supérieure de la lentille d'avec l'iris, à laquelle correspond la face convexe de l'instrument, et qu'on ne risque pas de léser, et l'on fait parvenir l'aiguille jusqu'au niveau de la pupille, à travers laquelle on l'aperçoit directement. Il faut alors s'assurer que le feuillet antérieur de la capsule est déchiré. Quand la cataracte est capsulaire, on ne peut avoir aucun doute à cet égard, si l'on aperçoit nettement l'aiguille à travers la pupille; mais quand elle est cristalline, cette membrane peut rester parfaitement transparente et laisser apercevoir nettement l'aiguille; et comme elle devient opaque après l'opération, il en résulte une cataracte secondaire, que l'on eût évitée si on l'eût détruite en opérant. Pour cela, l'aiguille étant arrivée au niveau de la pupille, on la pousse doucement, comme pour la faire passer dans la chambre antérieure, à travers la pupille : si l'on n'éprouve pas de résistance, c'est une preuve que le feuillet antérieur de la capsule a été déchiré; si l'on en éprouve, ce feuillet est resté intact. Il faut

alors communiquer à l'aiguille des mouvements de rotation qui permettent de saisir et de déchirer ce feuillet. Cela fait, on reporte l'aiguille à la partie supérieure du cristallin, de manière que son plat ou sa concavité appuie sur le rebord de l'organe ; alors, en ramenant le manche en haut et en avant, on porte la cataracte à la partie inférieure et externe du globe de l'œil. Si quelques lambeaux de cristallin ou de capsule n'avaient pas suivi la masse, il faudrait, avant de retirer l'aiguille de l'œil, les aller saisir et les abaisser ou les diviser, pour qu'ils fussent résorbés facilement. »

On me permettra de faire remarquer d'abord qu'il y a dans cette description plusieurs détails obscurs et même contradictoires. J'insisterai sur le suivant, qui est le plus important : Sanson ne veut pas que l'on dirige l'instrument de dehors en dedans, de peur de traverser le cristallin, ce qui gênerait pour terminer l'opération, et il conseille de diriger la pointe vers la circonférence du cristallin : il paraîtrait, d'après cela, que l'auteur veut éviter, dans ce premier temps, la lésion et la déchirure de la capsule. Puis, un peu plus loin, il semble faire entendre que, pendant cette manœuvre, la capsule doit avoir été déchirée ; si elle ne l'a pas été, c'est parce que l'aiguille est restée derrière elle. Il y a là contradiction : car si vous conseillez une manœuvre qui empêche l'aiguille de toucher l'appareil cristallinien, assurément cette manœuvre ne doit pas avoir permis de déchirer la capsule, ou de rester derrière elle ; à moins que Sanson n'ait voulu dire que l'aiguille devait passer juste derrière cette capsule, et non dans l'épaisseur même du cristallin : mais alors il fallait s'expliquer plus nettement, et dans tous les cas, ces parties sont si minces, si continues l'une avec l'autre, qu'une distinction pareille serait un peu trop subtile. Voici d'ailleurs une autre difficulté : si l'aiguille est passée dans la chambre postérieure sans toucher la capsule, et j'ai dit plus haut que cela pouvait, à la rigueur, arriver, il est bien évident que la pointe

pourra s'engager dans la pupille sans faire éprouver de résistance; or, Sanson nous dit que, la pointe s'engageant ainsi facilement, c'est une raison de croire que la capsule a été déchirée. Si donc vous vous fiez à ce précepte, dans le cas supposé tout à l'heure, vous reporterez l'aiguille sur le haut du cristallin, et vous continuerez l'opération sans avoir accompli une des choses les plus importantes. N'avais-je pas raison de dire en commençant que les auteurs les plus estimables manquaient souvent de clarté et de précision, et que de là naissaient les doutes et les embarras pour les jeunes chirurgiens.

J'ai néanmoins obtenu quelques résultats heureux par la manœuvre de Sanson. Le 21 mai, j'ai introduit l'aiguille par la sclérotique, et j'ai amené la pointe dans le champ de la pupille; puis, poussant cette pointe en avant, et l'amenant dans la chambre antérieure, j'ai eu parfaitement la conscience d'une résistance vaincue; alors j'ai dirigé la concavité vers la partie supérieure du cristallin, que j'ai essayé d'abaisser. L'abaissement n'avait pas été complet; mais on voyait très-bien dans l'eau, après l'ablation de la cornée et de l'iris, un espace triangulaire, un peu irrégulier, où la capsule antérieure manquait évidemment. J'ai introduit l'aiguille par cet espace, et porté doucement le cristallin dans l'humeur vitrée. J'ai vu dès lors à la capsule une grande ouverture triangulaire, à base tournée en dehors, et qui avait en hauteur plus d'étendue que la pupille. Le lambeau triangulaire, replié en dehors, n'était point plongé dans l'humeur vitrée; il faisait, au contraire, saillie en avant. J'essayai de le ramener à sa place avec la pointe de l'aiguille; j'eus beaucoup de peine à y parvenir, parce qu'il était maintenu replié par l'humeur vitrée, qui, refoulée en avant, remplissait le trou de la capsule. J'y parvins cependant, après avoir repoussé doucement en arrière cette humeur vitrée avec le manche de l'instrument.

Le 23 mai, j'ai obtenu un résultat à peu près semblable : en dirigeant vers la chambre antérieure la pointe de l'aiguille,

j'ai bien senti encore une espèce de craquement fin, ou de résistance surmontée, qui m'avertissait que la déchirure de la capsule venait d'avoir lieu. J'ai examiné sans aller plus loin : la capsule présentait encore un lambeau triangulaire, mais dont la base regardait la partie supérieure du cristallin; seulement le sommet, au lieu de se diriger vers la circonférence de l'organe, répondait juste à son centre, et ainsi la déchirure n'était point aussi large que le contour de la pupille.

Le même jour, sur un autre œil, après avoir dirigé la pointe en avant jusque près de la cornée, je n'ai pas senti distinctement de résistance vaincue; cependant je n'en étais pas certain; j'ai néanmoins porté la concavité à la partie supérieure du cristallin; mais il était très-mou; il ne s'est abaissé qu'incomplétement. La capsule ne présentait pas d'ouverture à son centre; elle en offrait seulement une à sa partie supérieure, dans le point où j'avais placé la concavité pour opérer la dépression. Il est donc évident que sur cet œil l'aiguille avait passé entre l'iris et la capsule, et qu'ainsi le défaut de résistance à pousser l'aiguille vers la chambre antérieure a été le résultat non pas de la déchirure préalable de la capsule, mais bien de son intégrité conservée.

Le 24 mai, j'ai encore exécuté le procédé de Sanson sur un œil gauche dont le cristallin avait été rendu opaque au moyen du fil imbibé d'acide sulfurique. Cette fois, j'ai cru sentir encore la capsule se déchirer au moment où je poussais la pointe de l'aiguille en avant; mais la sensation n'a pas été parfaitement nette, et j'ai conservé quelques doutes. Ensuite j'ai porté l'aiguille vers le haut et j'ai abaissé. Le cristallin est remonté, je l'ai abaissé de nouveau. La capsule antérieure formait quatre lambeaux triangulaires, dont les sommets, répondant au centre du cristallin, étaient fortement attirés vers la circonférence et laissaient une large ouverture; on voyait aussi la capsule postérieure perforée en plusieurs endroits par les efforts d'abaissement et le passage du cristallin. C'est un très-

beau résultat, le plus beau que j'aie constaté ; mais comment s'est-il produit? quel est le moyen de l'obtenir toujours? pourquoi n'a-t-il pas eu lieu dans les autres cas? Il m'est impossible de répondre à ces questions.

Sans revenir sur l'obscurité qui existe dans la description de l'auteur, les résultats que je viens de signaler et d'autres à peu près semblables, qu'il serait trop long d'indiquer ici, me permettent de dire que la déchirure de la capsule des parties profondes aux superficielles, ou, ce qui revient au même, avec la pointe de l'aiguille dirigée d'arrière en avant, donne assez habituellement une ouverture triangulaire, et quelquefois, comme dans le dernier cas, des lambeaux multiples avec une large perforation. Mais seulement le chirurgien n'est pas maître de donner à l'ouverture ainsi faite la direction, la position et surtout l'étendue convenables. Ce qui arrive dans la manœuvre est un pur effet du hasard, et personne ne saurait calculer à l'avance d'une manière certaine le nombre et l'étendue des lambeaux pratiqués à la capsule par cette perforation d'arrière en avant.

Il pourra donc arriver que la capsule antérieure, une fois le cristallin abaissé, restera en quantité plus ou moins considérable dans le champ de la pupille ; si la membrane est opaque, on s'en apercevra facilement ; alors Sanson, avec beaucoup d'autres chirurgiens, donne le conseil d'abaisser à son tour cette capsule, ou au moins de la déchirer, de la diviser, pour qu'elle se résorbe. Ce précepte est excellent ; mais je puis affirmer que son exécution est fort difficile. En effet, l'aiguille ne peut saisir efficacement les lambeaux ou les bords de cette membrane mince, qui, plongés dans un liquide, l'humeur aqueuse ou l'humeur vitrée, se déplacent facilement, fuient sous l'aiguille, pour revenir ensuite à leur première position. Il faut y revenir à diverses reprises avant de parvenir à faire une simple solution de continuité, ou à porter quelque lambeau dans la chambre antérieure. L'observation

de plusieurs faits que je signalerai plus loin m'a convaincu de cette difficulté sur le vivant, et je l'ai d'ailleurs retrouvée sur le cadavre : sur presque tous les yeux que j'ai opérés, après l'ablation de l'iris et de la cornée, je maintenais les parties dans l'eau, et j'essayais, avec l'aiguille, de déplacer ou de déchirer les lambeaux de la capsule; j'ai toujours rencontré les obstacles dont je parlais tout à l'heure. C'est là une de ces choses que savent très-bien les opérateurs, parce qu'ils l'ont éprouvée sur le vivant; mais je trouve que les ouvrages classiques ne disent pas assez combien sont grandes les difficultés dont il s'agit, et qu'à cause de cela le jeune chirurgien, non prévenu, peut se trouver étonné et embarrassé dans les premières opérations.

4° *Description de Weller* (1828). — Cet auteur distingue trois temps dans l'opération par abaissement. Le premier consiste dans l'introduction de l'aiguille ; nous n'avons pas à nous y arrêter. Le deuxième temps nous intéresse davantage : on fait tourner l'instrument sur son axe, et on en porte le manche du côté de la tempe, afin que la direction de la pointe soit parallèle à l'uvée, un des tranchants étant tourné en haut et l'autre en bas. Cela étant, l'opérateur pénètre lentement dans la chambre postérieure, entre le cristallin et l'uvée, jusqu'à ce que la pointe de l'aiguille soit un peu cachée derrière le bord pupillaire de l'iris, et que la face postérieure de l'instrument se trouve appliquée sur la face antérieure de la cataracte. Vient alors le *troisième* temps : après avoir dirigé la pointe de l'aiguille en haut et en arrière, pour placer la concavité sur la partie la plus élevée de la circonférence du cristallin, on l'abaisse, en agissant comme avec un levier, jusqu'à ce qu'il disparaisse de la pupille. Ainsi, Weller ne met pas en doute que l'aiguille doit passer aisément entre la capsule antérieure et l'iris. Nous savons déjà que cela est très-variable, et je puis ajouter que l'augmentation de volume du cristallin dans certaines cataractes, les capsulo-lenticulaires surtout, doit

diminuer encore l'étendue de la chambre postérieure, et rendre impossible ce passage de l'aiguille entre l'iris et le cristallin. Weller, en outre, ne s'est pas exprimé très-catégoriquement; mais il me paraît avoir entendu que dans l'abaissement proprement dit on déprimait ensemble le cristallin et sa capsule. En effet, l'auteur, un peu plus loin, en parlant de la réclinaison (qu'il distingue de l'abaissement), dit que ce procédé (la réclinaison) peut donner lieu à des accidents, et, parmi ces accidents, il signale la *déchirure de la capsule,* dont la présence pourra obscurcir plus tard le champ de la pupille; puis il conseille, si cela a lieu, de la déchirer plus largement, et de l'éloigner de l'axe de l'œil. Puisque Weller reconnaît que la présence de la capsule est nuisible, et puisqu'il regarde comme un *accident* de l'opération la déchirure de cette membrane, n'est-il pas clair que Weller a voulu poser le précepte général d'abaisser tout à la fois la lentille et son enveloppe non ouverte? Pour moi, je regarde la chose comme impossible dans la grande majorité des cas, et j'aurai l'occasion de le dire souvent dans le cours de ce travail. Je me sers seulement de cette citation pour montrer les incertitudes qui règnent parmi les auteurs classiques. Il est au moins étrange que Weller, écrivant après Scarpa, n'ait pas insisté davantage sur les résultats de l'opération quant à la capsule, et n'ait pas exprimé plus nettement sa manière de voir à cet égard.

5° Je ne trouve dans les *Leçons orales* de Dupuytren aucun détail sur l'opération même. J'y vois seulement cette phrase importante: «Si la cataracte est membraneuse, que l'opacité de la capsule soit compliquée ou non de l'opacité du cristallin, l'abaissement est toujours préférable aux autres procédés.» (T. III, p. 295.) Je signale ces paroles de Dupuytren, parce que, en considérant les difficultés que présente habituellement l'éloignement de la capsule antérieure, je me demande si en réalité l'opacité de ce feuillet ne devrait pas avoir quelque influence sur le choix de la méthode opératoire. Les

rédacteurs ont en outre rapporté une observation de M. Lallemand, avec autopsie, dans laquelle il paraît bien que la capsule a été abaissée en même temps avec la lentille; si ce fait est exact, je pense qu'il faut le regarder comme exceptionnel; les adhérences de la capsule à la zone ciliaire sont trop intimes pour que le chirurgien doive compter sur cet abaissement simultané dans les cas ordinaires.

6° *Description de MM. J. Cloquet et A. Bérard.* — Les auteurs appellent d'abord l'attention sur la distinction qui a été établie par quelques chirurgiens entre deux procédés d'abaissement: dans l'un on ne fait que déprimer la lentille de haut en bas, en la laissant de champ, de telle sorte que son bord supérieur reste presque au niveau du bord inférieur de la pupille; dans l'autre on repousse profondément le cristallin, en même temps qu'on lui imprime un mouvement de bascule, qui tourne sa face antérieure vers l'axe antéro-postérieur de l'œil, et sa face postérieure vers la concavité de la rétine. MM. J. Cloquet et A. Bérard regardent la première de ces opérations comme vicieuse, parce qu'elle expose à la lésion des procès ciliaires et de la rétine par le bord inférieur du cristallin, et parce qu'elle permet la réascension facile de cet organe. Je vais plus loin; je crois qu'il est impossible, dans la plupart des cas, d'opérer la cataracte par dépression simple, c'est-à-dire en laissant le cristallin dans sa position de champ ou verticale; au moins je n'ai jamais pu obtenir ce résultat sur le cadavre; toutes les fois que j'ai dirigé la manœuvre dans ce but, la lentille est restée à sa place, et toutes les fois que j'ai obtenu sa disparition du champ de la pupille, le cristallin était placé horizontalement dans l'humeur vitrée, c'est-à-dire une de ses faces regardant en haut et l'autre en bas. Seulement ce résultat peut être obtenu de deux manières, tantôt en renversant le cristallin en arrière, de telle façon que son bord supérieur devienne postérieur, tantôt en le renversant en avant, de telle façon que le même bord devienne anté-

rieur, et soit tourné vers l'iris. Quand on agit de la première manière, et c'est ce qui arrive ordinairement, on fait la réclinaison proprement dite; mais comme en définitive il n'y a pas une grande importance pour le résultat définitif à ce que la lentille ait basculé en avant ou en arrière, je pense aussi qu'il n'y a point grande importance à établir une distinction entre l'*abaissement* et la *réclinaison*. En général c'est la réclinaison que l'on doit chercher à faire; mais quand il y a des difficultés, quand le cristallin remonte, il est possible qu'on le fasse basculer définitivement en avant. Cette opération d'ailleurs est une de celles dans lesquelles on fait ce qu'on peut, et non pas toujours ce que l'on veut.

Ensuite, après avoir décrit les diverses aiguilles, et adopté celles de Scarpa ou de Dupuytren, MM. J. Cloquet et A. Bérard décrivent le manuel opératoire à peu près comme Scarpa: l'aiguille étant enfoncée au lieu ordinaire, le chirurgien en conduit de bas en haut la concavité sur le bord supérieur du cristallin; il fait ensuite passer la pointe entre les procès ciliaires et la capsule, pour la faire paraître à travers la pupille au devant du cristallin. Il reporte l'aiguille en dedans et en haut jusqu'au niveau de la partie supérieure et un peu interne de la circonférence du cristallin, applique la concavité sur le bord supérieur et un peu sur la face antérieure, et par un mouvement de l'aiguille en arc de cercle, il déchire la portion antérieure de la capsule et enfonce profondément le cristallin dans la partie inférieure du corps vitré, en élevant le manche de l'instrument... Avant de retirer l'aiguille, il examine si la pupille est bien noire; s'il aperçoit quelques flocons blanchâtres ou des lambeaux opaques de la capsule, il ramène l'aiguille au niveau de la pupille, les déchire et les pousse hors de l'axe visuel. Viennent enfin les précautions pour s'assurer que le cristallin ne remonte pas, et pour retirer l'instrument.

Cette description nous suggère à peu près les mêmes ré-

flexions que celle de Scarpa; elle fait supposer aussi la possibilité de faire passer l'aiguille entre la capsule et l'iris, ce que nous savons n'être pas possible dans beaucoup de cas. Les auteurs ont mieux indiqué que Scarpa le point où devait être placée la concavité de l'aiguille pour faire l'abaissement; c'est à la partie supérieure et un peu interne du cristallin; or, comme ils veulent déchirer la capsule en même temps qu'ils abaissent, la conséquence presque nécessaire sera la déchirure de la capsule vers le haut seulement, et point au niveau de la pupille. J'ai, en effet, obtenu une fois ce résultat très-manifestement; mais, dans un autre cas, la capsule avait été déchirée jusqu'à son centre. Cela tenait sans doute à ce que la pointe, au lieu de passer derrière l'iris, s'était engagée derrière la capsule et l'avait déchirée d'arrière en avant; et comme ce résultat aura lieu souvent malgré la volonté de l'opérateur, il n'en résulte pas que la manœuvre indiquée par MM. Cloquet et Bérard soit plus défectueuse que les autres: seulement ces auteurs, comme les précédents, n'ont pas dit tout ce qui pouvait avoir lieu. Plus loin, cependant, ils ajoutent: Si le cristallin seul est opaque, il arrive quelquefois qu'on déprime seulement cet organe, et que la lame antérieure de la capsule reste intacte; on s'aperçoit de cette circonstance à la résistance que l'on éprouve pour faire passer l'aiguille à travers la pupille, qui a recouvré sa couleur naturelle, dans la chambre antérieure. Il faut alors porter la pointe en avant à travers la pupille et lui imprimer de légers mouvements de rotation, afin de déchirer et de détacher suffisamment la capsule. Ce précepte est fort utile; mais je crois qu'il ne faut pas trop s'en rapporter à cette résistance apportée par la capsule. S'il m'est permis de me fier à mes propres sensations, je dirai qu'il m'est arrivé souvent de traverser ainsi la capsule ou des lambeaux de capsule après l'abaissement du cristallin, sans éprouver aucune résistance. Je répéterai d'ailleurs ce que j'ai déjà dit, savoir, que la déchirure de la capsule, après

l'abaissement, est une chose fort difficile, et qu'il vaut mieux essayer de faire cette déchirure lorsque le cristallin est encore à sa place.

Le 30 mai, en essayant sur un œil le procédé dont je m'occupe en ce moment, j'ai observé une particularité qui a besoin d'être notée. Le cristallin rendu opaque au moyen d'un fil imbibé d'acide sulfurique s'est d'abord abaissé; mais après que j'eus dégagé l'aiguille, il est remonté; je l'ai abaissé une seconde fois, puis une troisième, parce qu'il remontait toujours. Enfin j'ai été obligé de renoncer à l'abaissement; mais, en disséquant l'œil, voici ce que j'ai trouvé: la couronne ciliaire était détachée à sa partie supérieure des procès ciliaires de la choroïde; il y avait un espace entre ces parties, et au fond de cet espace on apercevait la choroïde détachée de la sclérotique et un peu déchirée. Prenant alors mon aiguille, et les parties étant placées dans l'eau, j'essayai de nouveau l'abaissement, et je vis que l'instrument déprimait à la fois la capsule et la lentille; qu'en même temps la couronne ciliaire et la rétine étaient attirées en bas; puis, déprimant davantage, j'ai déchiré la rétine au niveau de sa terminaison dans la couronne de Zinn. Si l'aiguille produisait de semblables lésions sur le vivant, il pourrait en résulter des conséquences graves; c'est peut-être ce qui arriverait dans le cas où l'on abaisserait ensemble la capsule entière et le cristallin; ici j'attribue ces lésions à ce que l'œil n'était pas très-frais, et à ce que la putréfaction commencée par suite de l'élévation de la température avait ramolli ces tissus, et permis à la couronne ciliaire et à la rétine de se détacher avant que la pression exercée avec l'aiguille eût vaincu la résistance apportée par la capsule postérieure et le corps vitré. En effet, j'ai depuis constaté ce même résultat deux autres fois, mais c'était toujours sur des yeux un peu avancés à cause de la chaleur de la saison.

Je remarque, dans l'article de MM. J. Cloquet et A. Bé-

rard, une autre réflexion, c'est qu'il faut éviter d'imprimer à l'aiguille des mouvements trop étendus; car on déchirerait, disent-ils, le corps vitré dans une trop grande partie de sa substance. Il y a donc du danger à blesser ainsi trop largement le corps vitré. Mais en quoi consiste ce danger? Les auteurs ne le disent pas, et je chercherai plus loin quel il peut être. Je dirai seulement ici que le chirurgien n'est pas toujours maître de modérer ces mouvements de l'aiguille; car si, comme il arrive souvent, le cristallin remonte plusieurs fois, s'il se brise en plusieurs fragments que l'on soit obligé d'abaisser les uns après les autres, il faut bien qu'à chaque fois l'aiguille déchire les cellules du corps vitré.

(*La suite au prochain numéro.*)

RECHERCHES SUR L'EXPECTORATION DANS LA PNEUMONIE;

Par M. **Remak**, *de Berlin* (1).

En examinant les crachats d'un malade atteint de pneumonie, je fus surpris de découvrir, au milieu des matières habituelles de l'expectoration, des filaments fibrineux, assez denses, ramifiés à peu près comme les subdivisions bronchiques. Je regardai d'abord ce fait comme exceptionnel, mais plus tard, mon attention étant fixée sur ce point, je reconnus que la présence de *concrétions bronchiques ramifiées* (c'est ainsi que j'appellerai ces filaments fibrineux) était un phénomène habituel dans les crachats de la pneumonie. Je l'ai constaté sur près de 50 cas, et j'ai été amené à le regarder

---

(1) Extrait de *Diagnostische und pathogenetische Untersuchungen*, etc. : Recherches diagnostiques et pathogéniques faites à la clinique de Schoenlein, par M. Remak; Berlin, 1845, in-8°.

comme un des signes les plus certains et les plus constants de la période d'exsudation de la pneumonie. Ces concrétions n'ont jamais manqué complétement, seulement elles ont offert quelques variétés sous le rapport de l'époque de leur apparition, de leur durée, de leur quantité, etc.

Pour découvrir ces concrétions, il ne suffit pas, comme on le fait ordinairement, de verser dans un vase rempli d'eau les matières de l'expectoration; on ne peut voir de cette façon que celles d'une longueur et d'une épaisseur déjà notables, qui ne sont pas emprisonnées par les mucosités, et sont même visibles à l'œil. C'est ce qui est arrivé chez un de mes malades, où ces concrétions très-ramifiées avaient plus de 3 pouces en longueur et près de 1 ligne en épaisseur. Mais si ces concrétions sont plus ténues et plus faibles, enfouies dans les mucosités sanguinolentes ou roulées en masse grumeleuse, on ne parvient à les découvrir qu'en versant toutes les matières expectorées dans un vase plat rempli d'eau, et surtout dans un vase de couleur foncée. On peut aussi y parvenir en étalant quelques-uns des grumeaux dans lesquels on soupçonne des concrétions sur une lame de verre teinte en noir. Il est quelquefois nécessaire de laisser très-longtemps dans l'eau les matières expectorées; et lors même qu'on a l'habitude de trouver ces concrétions, il ne faut pas oublier qu'elles échappent souvent à des recherches superficielles.

Les concrétions bronchiques forment de petits cylindres à bords rectilignes, à ramifications dichotomiques disposées de façon que celles-ci vont toujours en diminuant de longueur et d'épaisseur. Néanmoins, le rameau principal est généralement plus ténu que la somme de ses divisions, et celles-ci deviennent filiformes à leurs extrémités libres. Il n'est pas rare de rencontrer aux points de bifurcation un léger épaississement, qui répond probablement à un élargissement des rameaux bronchiques à leur division. Quelquefois la concrétion est légèrement aplatie, d'autres fois elle présente de petites no-

dosités. Ces nodosités sont dues, ainsi qu'on peut facilement s'en convaincre, à des bulles d'air emprisonnées dans l'épaisseur de la concrétion; ces bulles d'air la font surnager, car lorsqu'on les a fait disparaître ainsi que le mucus spumeux qu'on rencontre souvent, elle plonge dans l'eau.

En examinant au microscope la concrétion bronchique, on trouve qu'elle est formée de filaments extrêmement ténus, parallèles et adhérents les uns aux autres, et dirigés dans le sens de sa longueur. Dans la plupart des cas, ces filaments tiennent emprisonnées un grand nombre de cellules granuleuses, analogues aux granulations purulentes; d'autres fois ils en sont revêtus. Chaque filament a souvent une telle résistance, et une direction si régulièrement repliée, qu'on ne peut s'empêcher de le regarder comme de nature fibreuse; mais on ne tarde pas à reconnaître son erreur. En plongeant ces filaments dans l'acide acétique, ils deviennent extrêmement transparents, et il reste dans la liqueur une innombrable quantité de granulations. Celles-ci ne sont autre chose que des cellules granuleuses libres, mais elles n'ont pas la forme allongée qui est particulière à celles du tissu fibreux. Les cellules granulées dont je viens de parler, et qu'on rencontre dans l'épaisseur ou autour des concrétions, sont pourvues d'un noyau latéral simple ou double de $1/250$ ou $1/200$ de ligne de diamètre. Je n'ai jamais observé chez eux, même en les mettant dans l'eau, le mouvement moléculaire que j'avais observé sur d'autres granulations, particulièrement sur celles qu'on trouve dans les mucosités bronchiques. Il faut ajouter encore que ce noyau est beaucoup plus ténu que celui qu'on trouve dans les granulations purulentes.

D'après mon observation, les concrétions bronchiques surviennent, dans la plupart des cas, depuis le troisième jusqu'au septième jour de la pneumonie. Il est rare qu'on ne les trouve pas le quatrième et le cinquième jour, et ce n'est que dans un petit nombre de cas qu'on les a rencontrées le deuxième jour

ou après le septième. Cette limite ne paraît cependant appartenir qu'aux cas où un traitement approprié a été mis en usage dès le début de la maladie; car j'ai eu occasion d'observer que ces concrétions existaient encore le quatorzième jour chez un homme qui était arrivé à l'hôpital portant une pneumonie au deuxième degré, sans qu'on lui ait appliqué aucun traitement avant son entrée.

Il était intéressant de rechercher les rapports de cette concrétion avec les diverses formes de l'expectoration pneumonique. On sait que celle-ci se présente en général sous trois états distincts, qui répondent chacun à un degré différent de la maladie. Elle consiste d'abord en un mucus filamenteux, grisâtre, le plus souvent coloré par du sang extrêmement visqueux et adhérent au vase; plus tard, c'est une masse blanchâtre, dense, granuleuse, dont partent des filaments blancs, ténus, de consistance muqueuse, qui plongent au fond du vase; en dernier lieu, ce sont des matières molles, conglobées, d'une couleur blanche ou jaune, puriformes, sans filaments. On rencontre les concrétions en partie avec la première forme de ces crachats, en partie avec la deuxième, mais jamais avec la troisième. J'ai eu occasion de faire à ce propos une remarque intéressante : c'est que lorsque j'ai rencontré des concrétions dans les crachats visqueux et grisâtres du premier degré, celles-ci étaient d'une extrême ténuité, semblables à un fil très-fin, et pourvues de très-peu de ramifications; tandis qu'elles étaient de grande consistance et très-ramifiées dans les crachats du deuxième degré. Il est quelquefois assez facile, lorsqu'on examine ces crachats dans l'eau, de prendre pour des concrétions les filaments muqueux blancs qu'on y rencontre souvent. On arrive facilement à reconnaître l'erreur en examinant les matières de l'expectoration sur une lame de verre. Les filaments muqueux se laissent très-facilement étaler au moyen d'une aiguille en une membrane fine, tandis que la consistance des concrétions ne

leur permet pas de subir cette transformation. En dehors de ce moyen, il y a encore les ramifications qui ne manquent presque jamais, et qui ne se rencontrent pas dans la mucosité.

Il était important de rechercher à quels degrés de la maladie, c'est-à-dire à quels signes d'auscultation et de percussion correspondait l'apparition des concrétions dans les crachats; j'ai trouvé que ces concrétions apparaissaient le plus souvent à cette époque de la maladie où, d'une part, le râle crépitant est le plus marqué, et où, d'autre part, la matité augmentant annonce l'imperméabilité partielle du poumon. En général, on ne trouve ces concrétions bien organisées que lorsque le râle crépitant a presque entièrement fait place à un souffle bronchique bruyant, et quand la matité de la portion a dénoté la complète hépatisation du poumon. J'ai eu l'occasion de reconnaître plusieurs fois, par l'auscultation, qu'il avait suffi à quelques malades de rejeter des concrétions assez fortes pour que le souffle bronchique fût remplacé chez eux par du râle crépitant et même par du râle muqueux.

La nature des concrétions que je viens de décrire ne me paraît pas difficile à déterminer. Il est impossible de les considérer autrement que comme une exsudation fibrineuse pourvue de cellules granuleuses; je ne connais aucun autre tissu auquel on puisse les comparer. Cette exsudation doit être regardée comme de nature fibrineuse; car, bien que le mucus amorphe puisse quelquefois former des filaments assez ténus, jamais ces filaments n'acquièrent la consistance qui est particulière aux concrétions bronchiques. Du reste, la chimie vient confirmer cette assertion : les concrétions sont dissoutes par la potasse caustique, à la température de l'eau bouillante. L'addition d'acide acétique trouble la solution. Un excès d'acide fait disparaître le précipité. Le carbonate d'ammoniaque détermine un précipité floconneux très-fin. On ne doit pas conclure de ceci que les concrétions, dans leur composition élémentaire (abs-

traction faite des cellules granuleuses), soient l'analogue de la fibrine du sang. Je pense qu'il est encore besoin de nombreuses analyses avant de conclure que les exsudations fibrineuses qu'on trouve à la surface des muqueuses et des séreuses sont, dans leur composition élémentaire, les analogues de la fibrine du sang. On doit même regarder comme invraisemblable qu'il se puisse faire une exsudation de fibrine à travers les parois des vaisseaux, sans que la présence d'un obstacle passif, comme la couche d'épithélium, lui imprime de notables modifications.

Après avoir bien constaté l'existence des concrétions dans les crachats des malades atteints de pneumonie, je me suis attaché surtout à rechercher s'il y avait du rapport entre l'apparition de ces concrétions et la guérison de la maladie. Je suis arrivé à ce résultat fort remarquable sous le rapport pratique, c'est que la guérison complète est d'autant plus sûre et plus rapide que l'expulsion des concrétions a eu lieu plus tôt, abondamment et avec persistance. Dans le cours normal de la pneumonie chez des individus robustes, on trouve des concrétions dans les premières mucosités visqueuses qui sont expectorées; elles augmentent de quantité et de consistance jusqu'au cinquième jour. Alors elles diminuent graduellement, et sont remplacées par de petites masses friables blanches qui ont bien encore la forme cylindrique, mais sans ramifications, et qui, sous le microscope, montrent la structure fibrineuse et la présence d'une grande quantité de corpuscules muqueux granulés.

Il est à remarquer que les malades n'arrivent ordinairement à l'hôpital qu'un ou plusieurs jours après le début de la maladie. Ce changement de lieu n'est peut-être pas sans influence sur les fonctions du poumon, et peut entraver la marche normale de la maladie. Il n'est pas rare de ne pas trouver les concrétions lors de l'entrée du malade; mais elles reparaissent au bout de quelques jours après l'administration du traitement antiphlo-

gistique. Dans d'autres cas, où les concrétions apparaissent plus tard encore, on trouve dans la constitution du malade, et surtout dans la présence des tubercules pulmonaires, l'explication de la marche irrégulière de la maladie.

Dans 50 cas de pneumonie sur lesquels a porté mon observation, il n'y en eut que bien peu (4 ou 5) chez lesquels la disparition de quelques phénomènes morbides ait précédé l'apparition des concrétions. Dans la plupart des cas, l'amélioration n'est venue qu'après. Les malades chez lesquels un traitement convenable n'avait pas été institué dès le début de la maladie expectoraient souvent, avant que les concrétions soient survenues, des masses fibrineuses, molles, cylindriques, et offrant assez bien la forme des petites bronches, pareilles à celles qui, comme je l'ai remarqué plus haut, succédaient aux concrétions, et qui paraissaient être dues à un certain ramollissement de celles-ci. Je suppose que cela tient à ce que, dans ces cas, le poumon n'ayant pas l'énergie suffisante pour expulser les concrétions fibrineuses, elles restent dans l'intérieur des bronches et s'y ramollissent. Cela peut tenir encore à ce que ces concrétions ont dès l'abord une structure plus molle. Du reste, il n'est pas rare de trouver dans les mêmes matières des concrétions fibrineuses complètes, bien ramifiées, d'autres qui le sont à peine, et en même temps des matières cylindriques molles.

Dès mes premières observations, M. Schoenlein reconnut toute l'importance du nouveau symptôme que j'avais signalé. Celui-ci lui parut le meilleur signe pour reconnaître le passage de la maladie à la période d'exsudation : c'est pour cela qu'il pense que l'apparition d'une grande quantité de concrétions dans les matières expectorées indique qu'il est temps de cesser les émissions sanguines générales, mais qu'il sera utile de recourir aux émissions sanguines locales avec les ventouses scarifiées, aux frictions mercurielles ou iodées, aux boissons diurétiques et rafraîchissantes, comme l'infusion d'herbe de

digitale avec le nitrate de potasse, ou bien enfin aux résolutifs, calomel, vésicatoires, etc. J'ajouterai que, comme il résulte de mes recherches, que le tissu élastique du poumon disparait dans l'hépatisation, il sera peut-être souvent utile de faire suivre rapidement le traitement antiphlogistique de l'administration des expectorants, comme le soufre doré d'antimoine ou le polygala senega.

L'importance pratique de la présence des concrétions bronchiques dans les crachats m'a surtout été démontrée dans un cas fort remarquable, qui s'est présenté à la clinique de Berlin en janvier 1845, et que je vais rapporter à cause des circonstances singulières qu'il a présentées. Un ouvrier menuisier, âgé de 32 ans, présentant toutes les apparences d'une bonne santé habituelle, perdit soudainement connaissance pendant son travail, et tomba. Il reprit ses sens au bout de quelques minutes, mais il avait perdu la parole ; non pas que sa langue fût paralysée, mais le moindre effort pour parler lui causait des douleurs extrêmement vives dans tout le côté gauche de la poitrine, dans l'épaule du même côté et à la nuque. On n'avait entendu que très-rarement tousser le malade. Lorsque je l'examinai pour la première fois à la clinique, je le trouvai presque sans mouvement ; sa face était pâle et abattue, la respiration superficielle et lente ; la température de la peau était abaissée, le pouls fréquent mais petit et contracté, l'urine rare et peu colorée, l'intelligence si altérée, que le malade n'était pas capable de donner des renseignements sur son état, même par signes. De temps en temps, il survenait des accès de toux que le malade réprimait avec efforts, évidemment à cause des violentes douleurs qu'ils lui causaient, et que manifestait bien l'altération profonde de ses traits. Il ne fut pas possible de recourir à la percussion et à l'auscultation pour constater l'état des organes thoraciques, car le simple attouchement avec la main nue ou recouverte d'un linge causait des mouvements de toux convulsifs et très-douloureux. Tous ces sym-

ptômes paraissaient bien concorder ensemble pour indiquer une lésion de la moelle allongée ou de la moelle épinière et des origines des nerfs qui se rendent au côté gauche de la poitrine. Les crachats que le malade avait expectorés pendant ses rares accès de toux étaient en si petite quantité, qu'ils recouvraient à peine le fond du crachoir ; ils étaient blancs, spumeux, sans viscosité ni teinte sanguinolente, et semblaient à peine mériter un examen plus attentif. Mais comme, ainsi que je le fais habituellement, j'étais occupé à verser ces matières spumeuses dans un vase plein d'eau, j'aperçus une seule concrétion bronchique, blanche et ramifiée, de l'épaisseur d'un fil de lin. Cette découverte était suffisante pour permettre de diagnostiquer, chez notre malade, l'existence d'une pneumonie, et de regarder les phénomènes nerveux qu'il avait présentés comme consécutifs et dus à une idiosyncrasie particulière. M. Schoenlein affirma n'avoir jamais observé un cas de pneumonie compliqué d'une aussi grande sensibilité de la peau. Il la compara à celle qu'on observe sur la peau du ventre dans certaines péritonites, en faisant remarquer que, dans ce dernier cas, la sensibilité n'était pas toujours en rapport avec la violence de l'inflammation, et persistait quelquefois lors même que celle-ci avait diminué. — Un traitement largement antiphlogistique, exclusivement dirigé contre la pneumonie, amena rapidement l'expectoration de nombreuses concrétions et la disparition de la douleur et de la sensibilité du côté gauche de la poitrine.

Pendant le cours de la guérison de ce malade (au 6[e] jour de la maladie), l'urine, qui jusqu'alors n'avait rien offert de particulier, devint pâle et trouble. Au microscope, je constatai que cette altération tenait, d'une part, à une grande quantité de cellules muqueuses granulées, et, d'autre part, à des filaments blanchâtres, ténus, de l'épaisseur d'un cheveu jusqu'à celle d'un fil de chanvre, de 1 à 4 lignes de longueur. Examinés au microscope, ces filaments montraient une structure

fibrineuse analogue à de la fibrine coagulée ; dans leur épaisseur, on voyait des cellules muqueuses non granulées et des cellules d'épithélium, jaunâtres et sphériques, de diverses grosseurs et comme parsemées d'animalcules spermatiques. Au milieu de ces filaments on en apercevait quelquefois d'autres plus ténus et repliés. L'expulsion de ces filaments dura plusieurs jours; puis ils diminuèrent en quantité. Après la cessation de la fièvre et de la pneumonie, le malade, tout en se trouvant très-bien, se plaignit longtemps encore d'une grande faiblesse dans les pieds. Je l'interrogeai plusieurs fois, et j'appris qu'il n'avait jamais fait d'excès de femmes, mais qu'il avait eu plusieurs blennorrhagies, et que depuis quelque temps ses facultés génitales étaient fort diminuées; du reste, les testicules n'offraient rien d'anormal. D'après un certain nombre d'observations, je me crois fondé à rapporter les phénomènes que je viens de décrire à une maladie encore peu connue, la spermatorrhée, et je ne suis pas éloigné de croire que les accidents nerveux qui ont été observés chez notre malade avaient un rapport très-direct avec la diminution des facultés génitales qu'il accusait.

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie et thérapeutique médico-chirurgicales.

Tumeur fongueuse de la base du crane (*Obs. de — comprimant le cervelet et ayant occasionné une amaurose*); par le Dr Henry Taylor. — Un homme marié, habituellement bien portant, quoique sujet, dès son enfance, à de fréquentes céphalalgies, avait éprouvé huit ou neuf ans auparavant des accidents dyspepsiques. Au commencement de 1840 (il avait alors 40 ans), ce malade s'aperçut que sa vue s'affaiblissait, les yeux étaient larmoyants, et il voyait continuellement des mouches volantes; cependant il n'y avait encore aucun changement dans la pupille. Au mois de juillet de la même année, il fut pris d'un rhumatisme articulaire aigu, et depuis cette époque, il ressentit tous les symptômes d'une hypertrophie du cœur.

Au mois de janvier 1841, il consulta M. Tyrrell, qui le soumit à un traitement très-énergique, mais sans aucun résultat. Sa vue était si mauvaise qu'il ne pouvait marcher sans être conduit. Les pupilles, quoique dilatées, obéissaient cependant à l'action d'une forte lumière. Le globe de l'œil était plus proéminent et plus rénitent qu'à l'ordinaire. La céphalalgie se montrait plus intense, et se localisait au côté gauche de l'occiput. Au mois de janvier 1842, il fut pris d'une névralgie sciatique des plus intenses et des plus rebelles. M. Tyrrell, qui le vit de nouveau à cette époque, soupçonna que cette névralgie et l'amaurose se liaient à la présence d'une tumeur à la base du crâne : aussi fit-il suspendre tout traitement actif. Il n'y avait alors ni paralysie, ni perte de la sensibilité générale; cependant la jambe gauche paraissait plus amaigrie que celle du côté opposé. L'appétit était encore satisfaisant; mais déjà le malade était en proie à une constipation habituelle. Au mois de novembre 1842, il fut pris de délire, plus tard de convulsions épileptiformes qui survenaient habituellement la nuit, et à un mois d'intervalle. Depuis cette époque, il resta continuellement dans son lit dans une espèce d'état apathique et morose. Il continuait cependant à faire la conversation, mais avec beaucoup de lenteur, comme s'il lui eût fallu un grand effort pour assembler ses idées. Une fois levé, il semblait avoir perdu l'usage de ses facultés. Il avait conservé le sens du goût et du toucher; il entendait encore de l'oreille droite; mais la vision était complétement perdue. Il resta dans cet état pendant plus de seize mois. A la fin de sa vie, les urines et les matières fécales coulaient sans sa participation. Il mourut dans le courant du mois d'août 1844.

Autopsie. — Les os du crâne étaient très-minces, les vaisseaux de la pie-mère fortement congestionnés, le tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré de sérosité, la substance cérébrale très-ferme et piquetée de sang. Les ventricules latéraux renfermaient environ 4 ou 5 onces de sérosité transparente. Le septum lucidum était détruit; en enlevant le cerveau, on observa que les nerfs optiques étaient atrophiés; au-dessous du lobe gauche du cervelet, en contact avec la portion pétreuse du temporal, et solidement attachée au trou auditif, on trouva une tumeur de forme ovale, de 2 pouces de long sur 1 pouce un tiers de large et 1 pouce de hauteur, qui avait contracté des adhérences avec le cervelet, et qui avait déprimé la face inférieure de cet organe de manière à s'y loger. Cette tumeur, d'une couleur plus foncée que le cerveau, couverte de petits kystes séreux, était située dans l'angle de la masse latérale

du cervelet et du pédoncule supérieur; elle comprimait également le pont de Varole. La septième paire et les divisions de la huitième paire pénétraient dans leurs trous respectifs, sans être aplaties ou déplacées; la tumeur, en s'enfonçant dans le trou auditif, l'avait dilaté, et avait comme érodé les os environnants. Cette tumeur était formée de fibres blanchâtres radiées, interceptant de nombreux espaces, dans lesquels se trouvait enfermée un peu de sérosité gélatineuse; çà et là, on apercevait quelques points noirs, qui n'étaient autre chose que de petits vaisseaux. Le ventricule gauche du cœur était hypertrophié, l'aorte un peu dilatée, la valvule mitrale presque cartilagineuse; les reins présentaient l'altération connue sous le nom de *néphrite granuleuse*. (*The Lancet*, août 1845.)

Tumeur emphysémateuse des parois thoraciques (*Obs. de caverne tuberculeuse ouverte à l'extérieur, et ayant donné lieu à une*); par le Dr W. Stokes. — Un soldat âgé de 20 ans entra à l'infirmerie royale, le 25 février dernier, pour une tumeur large et élastique, qui était située au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate du côté droit, et qui s'étendait vers la colonne vertébrale. Suivant lui, cette tumeur était venue peu à peu, sans qu'il eût ressenti de douleur dans ce point et sans qu'il eût reçu de coups. En examinant la tumeur, on reconnut qu'elle renfermait du liquide dans la partie inférieure, tandis que le reste était rempli d'air. Le malade avait de la toux avec expectoration; cependant on entendait le mumure respiratoire au niveau de la tumeur. Il sortit de l'hôpital et rentra le 6 avril. A cette époque, la toux était fréquente, accompagnée d'une expectoration abondante de mucus écumeux; la respiration était précipitée et difficile, la faiblesse considérable; la percussion pratiquée sur la tumeur fournissait un son tympanique, excepté au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, où il y avait de la matité; le murmure respiratoire s'y percevait avec un tintement métallique, et quand le malade toussait, on entendait l'air pénétrer dans la tumeur, en produisant le bruit d'un gaz qui traverse un liquide. Matité notable au-dessous de la clavicule du côté droit; dans le même point, respiration caverneuse et tintement métallique distinct; râles nombreux disséminés dans tout le reste de la poitrine. Peu à peu la tumeur se remplit de liquide. Quatorze jours après son entrée à l'hôpital, il fut pris de fièvre hectique, et la toux commença à s'accompagner d'une expectoration purulente. La tumeur avait pris des proportions formidables; car elle s'étendait depuis le bord externe de l'aisselle droite jusqu'à 3 pouces en dehors de la colonne vertébrale, en

passant au-dessous de l'épine de l'omoplate, limitée qu'elle était inférieurement par la dernière côte. Dans toute l'étendue de cette tumeur, on percevait du râle à grosses bulles, et du tintement métallique toutes les fois que le malade toussait ou parlait. Une incision pratiquée quelques jours avant la mort donna issue à 4 onces de pus de bonne nature ; quand le malade toussait, une grande quantité d'air se précipitait avec force par l'ouverture inférieure. La mort eut lieu le 24 avril, et à l'autopsie, on trouva une large cavité, tapissée par une membrane mince, et traversée par des brides, qui lui donnaient la forme d'un abcès tuberculeux; cette cavité communiquait par une fistule étroite, qui passait sous le ligament capsulaire de l'articulation scapulo-humérale, et à travers le premier espace intercostal, avec une cavité plus petite qui occupait la partie supérieure du poumon droit, précisément dans le point où l'on avait entendu la respiration caverneuse et le tintement métallique pendant la vie. (*Dublin hospital gaz.*, août 1845.)

Emphysème général (*Ramollissement pultacé de l'estomac et rupture sous-péritonéale de ce viscère ayant amené un — et la mort par suffocation*); obs. par le professeur Burggraeve. — Un chirurgien, qui se trouvait à Gand pour remplir les fonctions de juré, se sentit pris d'une brusque indisposition après le repas. Peau froide et crispée, couverte de sueur; pouls serré et à peine sensible; voix éteinte; respiration anxieuse; ventre tendu et ballonné. On lui administra un lavement émollient. Tout à coup, à la suite d'un effort pour aller à la garde-robe, un emphysème se déclara et s'étendit à la région du cou, où il ne tarda pas à donner lieu à une suffocation imminente. Action du poumon suspendue; état cyanosé général; bouffissure augmentant à chaque inspiration; pendant leur durée, le malade effectuait comme malgré lui des mouvements de déglutition. Bientôt il ne présenta presque plus forme humaine. Cependant l'intelligence restait intacte, et ce malheureux put prendre part à la consultation que tenaient trois confrères réunis autour de lui. La soif ardente qui le tourmentait lui faisait demander à chaque instant de l'eau froide; mais on remarqua que la difficulté à avaler devenait de plus en plus grande, quoique les mouvements de déglutition se succédassent avec rapidité et se fissent comme à vide. Au bout de quelques minutes, il mourut à la suite d'un effort pour ingurgiter une petite quantité d'eau. Le cadavre fut bientôt distendu et ballonné comme une outre.

Autopsie. — La paroi abdominale antérieure, éminemment distendue, ne s'affaissa pas après l'incision du péritoine, qui ne contenait pas de sang. Une seconde incision transversale mit à découvert l'estomac, qui, dilaté par des gaz, faisait hernie par l'ouverture, et s'étendait depuis l'épigastre jusqu'à la fosse iliaque. Sa tunique musculaire paraissait hypertrophiée. En attirant ce viscère, on déchira le feuillet épiploïque qui le retenait au diaphragme, et alors l'air en sortit par une large *ouverture qui s'étendait du cardia au pylore* le long de la petite courbure. L'estomac avait subi dans cette région un ramollissement pultacé auquel avaient participé à la fois les tuniques musculaire et muqueuse. Cette dernière, fortement injectée d'un sang bleuâtre, s'amincissait insensiblement en se rapprochant du lieu de la lésion. Il n'y avait aucune trace d'ulcération, aucun engorgement autour du bord de la rupture, aucune tendance à l'adhérence; la séreuse était intacte. Les poumons étaient refoulés contre la colonne vertébrale; les cavités du cœur remplies d'un sang noir. Il y avait une collection de sérosité dans le péricarde et la plèvre droite. Du reste, les viscères étaient sains. (*Annales et bulletin de la Société de médecine de Gand*, janvier 1845.)

L'observation précédente, peut-être unique dans la science, offre un si grand intérêt, qu'on nous pardonnera d'y insister quelques instants. Jusqu'ici on rattachait l'emphysème général à une communication accidentelle établie entre un des points de l'appareil respiratoire et le tissu cellulaire; mais on ne connaissait encore aucun exemple des mêmes accidents déterminés par une perforation de l'estomac. Nous n'admettrons toutefois ce mode de production de l'emphysème que sous toutes réserves. En effet, les lacunes que cette observation présente sont très-nombreuses : ainsi, l'auteur n'a pas donné une description suffisante des altérations pathologiques, et surtout il n'a pas examiné avec assez de soin l'appareil respiratoire. D'un autre côté, l'historique de la maladie laisse beaucoup à désirer. Quelle a été la durée exacte de la maladie et de ses différentes périodes? Y a-t-il eu des vomissements dès le début? Combien s'est-il écoulé de temps entre la mort et l'autopsie? Sur tous ces points, les renseignements manquent absolument. En présence de pareilles lacunes, nous ne chercherons pas à expliquer le mode de production de l'emphysème et la cause de la mort subite; et nous attendrons de nouveaux faits pour savoir si l'on doit placer dans le cadre nosologique un emphysème général résultant de la perforation de l'estomac.

Kyste de l'ovaire (*Étranglement intestinal produit par un — ; rupture du kyste ; mort*) ; observation par le Dr Robert L. Hardy. — Une dame de 27 ou 28 ans fit appeler le Dr Hardy au mois d'août 1843. Elle était enceinte pour la première fois et à terme. Lorsqu'il arriva auprès d'elle, le travail était commencé depuis douze heures ; le col utérin était dilaté de la largeur d'une *demi-couronne ;* les membranes étaient amincies et faisaient de plus en plus saillie à chaque douleur. A la partie postérieure du bassin, il y avait une espèce de tumeur que l'auteur prit d'abord pour une accumulation de matières fécales dans le rectum. Deux heures après, la tête du fœtus, qui se présentait dans une bonne situation, n'avait pas descendu, malgré la dilatation plus considérable du col de l'utérus. Il était donc évident que quelque obstacle s'opposait à la descente de la tête. En examinant avec plus d'attention, il reconnut que ce qu'il avait pris pour une accumulation de matières fécales n'était autre chose qu'une tumeur solide, bien circonscrite, et qui était descendue dans la cavité pelvienne, dont elle occupait près de la moitié. Cette tumeur, qu'il supposa appartenir à l'ovaire, présentait une densité différente dans ses diverses parties. Ce fut en vain que la malade changea de position, et pendant trois heures l'auteur chercha vainement à repousser la tumeur en arrière. Cependant, avant de recourir à la perforation du crâne, il se décida à faire une dernière tentative. La malade fut placée dans son lit, le bassin élevé, la face et l'abdomen portés en avant; la main fut introduite dans le vagin, et au moment d'une contraction, le docteur exerça une forte pression sur la tête du fœtus auquel il cherchait à faire franchir l'ouverture supérieure du bassin, tandis que, avec les doigts étendus de la même main, il soulevait et portait en haut la tumeur. Cette manœuvre fut couronnée de succès, et peu à peu la tumeur remonta dans l'abdomen, pendant que la tête descendait dans le vagin. Deux heures après, la malade accouchait d'un enfant bien portant. Au mois de mai de l'année suivante, il fut appelé de nouveau auprès de cette dame, qui était parvenue au quatrième mois de sa grossesse, et qui, depuis soixante heures, était en proie à une rétention d'urine : l'utérus était dans un état de rétroversion. La sonde introduite dans la vessie donna issue à 3 pintes ½ d'urine ; l'auteur chercha ensuite à réduire l'utérus, ce qui ne fut pas très-difficile. Quinze jours après, cet organe était remonté dans la cavité abdominale, et tout accident avait disparu. — Le deuxième accouchement eut lieu le 19 octobre, et il fut si rapide que l'enfant fut expulsé en

quinze ou vingt minutes. Il y eut une forte hémorrhagie, et la sortie du placenta fut suivie d'un nouvel écoulement de sang. Quarante heures après, cette dame ressentit dans l'hypochondre gauche des douleurs qui augmentèrent d'heure en heure et devinrent excessives : fièvre vive, tympanite, rétention d'urine. L'application des sangsues sur l'abdomen, l'administration de purgatifs et d'opiacés, produisirent d'abord une grande amélioration; mais dans la nuit du 24, il survint d'abondants vomissements bilieux; le ventre se distendit, et le pouls s'éleva jusqu'à 130. Tous ces symptômes continuèrent; l'affaiblissement fit sans cesse des progrès; la constipation persistait plus opiniâtre que jamais; et le 2 novembre la malade succomba, quatorze jours et demi après la délivrance. La sécrétion lactée ne s'était pas établie ; mais l'écoulement lochial avait persisté presque jusqu'à la mort. Le feuillet pariétal du péritoine était d'une couleur olive foncée, et dans l'hypochondre gauche se trouvait une tumeur charnue, volumineuse, piriforme, qui adhérait par un long pédicule, de plus de 1 pouce de diamètre, à l'ovaire gauche. Sur les intestins se trouvaient disséminées de petites portions de matière caséeuse, d'un volume variable, depuis celui d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'une petite noix. La tumeur s'était rompue, et renfermait dans son intérieur de la matière caséeuse, semblable à celle qui était dans la cavité abdominale, en même temps que du pus sanguinolent, du sang grumeleux, noirâtre, et quelques cheveux. Les parois de la tumeur étaient minces et flasques; l'intestin grêle lui adhérait en divers points, et, dans le voisinage de la tumeur, la membrane péritonéale de cet intestin présentait une couleur chocolat foncé. Une anse de cet intestin était adhérente et enroulée autour du pédicule de la tumeur, de sorte qu'il y avait là une espèce d'étranglement. Ce pédicule s'insérait sur l'ovaire gauche, et passait au-dessous de la trompe de Fallope. L'utérus était un peu plus volumineux qu'à l'état normal; la cavité abdominale renfermait une certaine quantité de sang veineux noirâtre. (*The Lancet*, avril 1845.)

Nous engageons nos lecteurs à rapprocher cette intéressante observation de deux faits analogues qui ont été publiés par Dance dans ce journal (*Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XXI, p. 214 et 219; 1829).

Hémorrhoïdes de la vessie (*Rétention d'urine causée par des —; nécessité de la ponction de cet organe*); obs. par M. Krause. — Un homme de 63 ans, de stature élevée, souffrait, depuis cinq à six ans, d'une hernie inguinale volumineuse. Il y a seize ans, il eut

des hémorrhoïdes assez volumineuses qui s'étranglèrent, et qu'on fut obligé d'opérer. Il eut une deuxième atteinte d'hémorrhoïdes il y a cinq ou six ans; on s'en rendit facilement maître.

En juillet 1843, il survint brusquement une rétention d'urine accompagnée de ténesme vésical (le malade avait uriné facilement six heures auparavant). On fut obligé de recourir au cathéter, et l'urine fut ensuite rendue naturellement jusqu'en septembre, où survint une nouvelle rétention. Le malade fut examiné, et on trouva la prostate médiocrement tuméfiée; il existait au pourtour de l'anus des tumeurs hémorrhoïdales bien caractérisées de demi-pouce de long. Il y avait du ténesme vésical, des démangeaisons au méat urinaire, de la constipation. Un cathéter moyen fut introduit avec peu de difficulté et donna issue à beaucoup d'urine. On prescrivit des sangsues à l'anus, des fomentations narcotiques sur le périnée et des purgatifs. Le soir, on fut de nouveau obligé de sonder le malade, ainsi que le surlendemain; mais le ténesme avait disparu. Il y eut alors un intervalle de huit jours, pendant lequel le malade put vaquer à ses affaires.

Le 31 mai 1844, après un refroidissement, il survint une nouvelle rétention d'urine. On recourut immédiatement au cathéter; celui-ci arriva facilement au col de la vessie, mais on ne put le faire pénétrer plus loin. Chaque fois qu'on le retira, il jaillit une grande quantité de sang mélangé à des mucosités et à de petits caillots. L'état du malade devenait alarmant; son anxiété était considérable. On recourut alors à des cataplasmes narcotiques, on donna à l'intérieur du camphre et des lavements antispasmodiques. Il en résulta un peu d'amélioration dans les symptômes nerveux. Au bout d'une demi-heure, ils reparurent avec une nouvelle intensité; une nouvelle tentative de cathétérisme n'amena aucun résultat, et fut suivie de douleur et d'hémorrhagie. On donna un bain prolongé, des poudres faites de calomel et d'opium. Rien ne fit. Les accidents augmentaient. La vessie était saillante au-dessus du pubis, et avait le volume de la tête d'un enfant; elle était douloureuse au moindre attouchement. Il y avait de la fièvre, des angoisses cruelles; le malade n'avait pas rendu d'urine depuis trente heures. On résolut de pratiquer la ponction de la vessie.

Le 1er juin, un trois-quart fut plongé à demi-pouce environ au-dessus de la symphyse du pubis, et donna issue à 3 livres d'urine trouble. Le malade fut considérablement soulagé. On substitua au trois-quart une sonde en gomme élastique, et on fit sur l'hypogastre des applications froides. Le soir, il survint de la

fièvre, il n'y avait pas de douleurs, mais le ténesme vésical avait cessé, le pouls était petit et fréquent, la peau moite.

Le 3 juin, on put introduire dans la vessie par l'urèthre une sonde de gomme élastique, qui amena une assez grande quantité d'urine sanguinolente. On supprima l'ouverture sus-pubienne, et l'urine coula toute la journée par le cathéter uréthral qu'on laissa à demeure. Les douleurs vésicales disparurent, le cathétérisme qu'on pratiqua plusieurs fois put se faire sans difficulté.

Le 16 juin, l'ouverture sus-pubienne était fermée; on retira le cathéter de l'urèthre, et on engagea le malade à faire des efforts pour uriner seul; mais il ne put y parvenir.

Le 18, les tentatives pour uriner seul furent renouvelées, et après trois heures d'efforts, le malade parvint à rendre par l'urèthre quelques gouttes d'urine trouble et sanguinolente; mais les efforts qu'il fut obligé de faire rompirent la cicatrice sus-pubienne. Celle-ci donna issue à environ deux cuillerées d'urine et de pus. On replaça le cathéter.

Le 24, ces tentatives furent de nouveau réitérées, mais en vain; il résultait toujours des efforts la déchirure de la cicatrice et l'écoulement de l'urine par l'ouverture sus-pubienne.

Le 30, à la suite des ruptures successives de cette cicatrice, l'hypogastre devint douloureux, il se tuméfia à l'entour de la petite plaie, et la tumeur, qui était dure et résistante, acquit bientôt le volume d'un petit œuf. Quelques jours après, cette tumeur s'affaissa, et cet affaissement coïncida avec l'excrétion par les voies naturelles d'une urine purulente. Les douleurs disparurent en même temps. La sonde amena le même jour beaucoup de pus et de petits caillots; mais, vers le soir, il survint un très-vif ténesme vésical; la petite plaie se rouvrit, et donna issue à du pus et à de l'urine. La sonde introduite dans l'urèthre donna issue à deux cuillerées d'urine sanglante. Le malade était très-fatigué, il eut un peu de délire, qui fit place bientôt à un profond sommeil. Le lendemain, le malade fut très-surpris de pouvoir uriner seul et sans douleur. Dans l'espace de quatre heures, il rendit ainsi 4 onces d'urine. La plaie hypogastrique, qui avait perdu sa rougeur et la tuméfaction qui l'entourait, laissait écouler un peu de pus et d'urine. Les symptômes généraux étaient satisfaisants. Depuis lors le malade put uriner seul. Dans le courant du mois suivant, l'amélioration devint complète; le malade put se lever et vaquer à ses affaires. La plaie hypogastrique était entièrement cicatrisée, pourtant elle était douloureuse à une forte pression. L'excrétion de

l'urine est normale; celle-ci pourtant est toujours chargée de mucus. (*Zeitschrifft für ges. Medizin von Oppenheim*, t. XXIX, nº 2; 1845.)

Kermès minéral (*Sur l'emploi du — dans les maladies des voies respiratoires*); par le Dr Herpin. — Dans ce mémoire, l'auteur s'est proposé de soumettre à un contrôle sévère les opinions généralement reçues sur l'efficacité du kermès dans les maladies des organes pulmonaires. Suivant lui, jamais dans la *pneumonie* et surtout dans celle des vieillards, jamais dans la *bronchite capillaire*, jamais dans la *coqueluche*, jamais dans l'*asthme humide*, l'emploi du kermès à haute dose n'a été suivi d'effets utiles, même momentanés. Il n'en est pas de même dans les maladies des parties supérieures des voies aériennes. C'est dans la *bronchite* avec respiration normale à l'auscultation que le kermès jouit d'une efficacité incontestable, quelle que soit la forme chronique ou aiguë de cette affection. La *trachéite*, la *laryngite* simple et striduleuse, guérissent avec la plus grande rapidité sous l'influence de cet agent thérapeutique, donné même à très-faible dose. Enfin, enhardi par ces succès, l'auteur a osé employer le kermès, sans le concours d'aucune autre médication, dès le commencement jusqu'à la fin, dans un *croup* membraneux, qui, ayant débuté par la gorge, avait permis de reconnaître dès son origine une véritable diphthérite, et cela avec les résultats les plus satisfaisants. Dans la *laryngite chronique* et la *laryngite ulcéreuse* ou *non* des dernières périodes de la phthisie, les effets du kermès ont été moins constants. Dans un cas très-grave d'*asthme thymique* chez un enfant épileptique, moins de 12 grains de kermès pris en quelques jours firent cesser complétement les crises qui duraient depuis onze mois. Dans les affections du *pharynx*, l'auteur n'a pas obtenu de succès de ce médicament, à moins qu'elles ne se liassent à quelque maladie du larynx; mais il a réussi dans les affections catarrhales de la trompe d'Eustache accompagnées de surdité. De toutes ces recherches, l'auteur conclut que le *kermès est en quelque sorte un spécifique dans les affections des voies supérieures de la respiration*. La dose de ce médicament a varié de 1 à 12 grains dans les vingt-quatre heures, et le plus ordinairement, l'auteur a donné de 3 à 6 grains. Du reste, les enfants tolèrent le remède presque aussi bien que les adultes. (*Gazette médicale de Paris*, novembre 1845.)

Aconit napel (*Sur l'action physiologique et thérapeutique de l'*); par le Dr A. Fleming. — Dans ce travail, l'auteur s'est proposé d'étudier l'action physiologique et thérapeutique de l'aconit; pour

cela il s'est livré à un grand nombre d'expériences sur l'homme et sur les animaux. En voici les résultats : Lorsqu'on donne de l'aconit à un animal, il éprouve d'abord de la faiblesse et du tremblement dans les membres ; la respiration s'accélère et s'embarrasse ; peu à peu la paralysie musculaire augmente ; la sensibilité générale se détruit ; la respiration devient plus lente et plus incomplète ; enfin, après quelques mouvements convulsifs, la mort succède à l'asphyxie. Si l'on ouvre immédiatement l'animal, on s'aperçoit que le cœur bat encore fortement pendant quelque temps, et que les mouvements péristaltiques de l'intestin continuent. Quant aux muscles volontaires, ils paraissent avoir perdu un peu de leur irritabilité ; les cavités droites du cœur et le système veineux sont gorgés de sang. L'aconit n'a aucune action locale ; mais, introduit dans la circulation d'une manière directe, il agit avec plus d'énergie que lorsqu'on le place dans une cavité séreuse ou dans le tissu cellulaire, et à plus forte raison que lorsqu'on l'ingère dans l'estomac.

Donné à dose médicamenteuse, l'aconit donne lieu à des effets toxiques que l'auteur a divisés en quatre degrés. Dans un *premier degré*, une demi-heure après l'administration de 5 gouttes de teinture, on éprouve dans l'estomac une sensation de chaleur avec quelques nausées et de l'oppression. Dix minutes après, on ressent une chaleur générale, de l'engourdissement et des fourmillements dans les membres, et un sentiment de gonflement des lèvres et de la langue ; en outre, une faiblesse musculaire avec répugnance pour toute espèce de travail d'esprit ou de corps. Le pouls faiblit, et tombe de 72 pulsations à 64, et les respirations deviennent moins fréquentes : elles descendent de 18 à 15 ou 16. Ces accidents durent de une à trois heures.

Deuxième degré. — Après l'administration d'une seconde dose de 5 gouttes, deux heures après la première, ou après une administration de 10 gouttes, les symptômes sont plus graves et marchent plus vite : c'est un brisement des membres supérieurs, une diminution générale de la sensibilité de la peau, un affaiblissement du pouls, qui tombe à 56 ; de la difficulté dans la respiration (13 par minute), de la faiblesse musculaire générale, de l'engourdissement et des étourdissements lorsqu'on marche, de l'assoupissement, de la répugnance pour changer de place ; du refroidissement des extrémités. Ces symptômes durent de trois à cinq heures, et laissent les individus dans un état de torpeur.

Troisième degré. — Si l'on prend 5 autres gouttes deux heures

après la dernière prise, la chaleur générale, l'engourdissement et le brisement se répandent partout. La peau devient presque insensible; la face pâle et anxieuse; céphalalgie, vertige, trouble de la vision, affaiblissement de la voix et de la motilité; souvent crainte de la mort; le pouls tombe parfois à 40 ou à 36; mais le plus ordinairement il s'élève à 70 ou à 80, et devient petit, faible et irrégulier. La respiration est courte et précipitée; d'autres fois profonde et convulsive; souvent des syncopes. Ces symptômes durent de un à deux jours.

Quatrième degré. — Si on continue l'administration du médicament, la prostration augmente; la face s'altère; le pouls est petit, faible et très-irrégulier; la respiration est imparfaite; la peau froide et couverte d'une sueur visqueuse: cependant les malades conservent leur connaissance. Si, par malheur, on prolonge l'administration de l'aconit, on voit les individus perdre l'ouïe, la vue et la parole; les pupilles se dilatent; il survient des frémissements musculaires et de légères convulsions; le pouls est imperceptible; refroidissement général: la mort survient par syncope.

Dans ses expériences thérapeutiques, l'auteur a employé la teinture d'aconit, et il a traité successivement plusieurs cas de névralgie, de rhumatisme et même d'érysipèle. Les résultats ont été les suivants: sur 44 névralgies, dont 30 ont été traitées par lui-même, 17 ont été guéries radicalement; dans les 13 autres, le soulagement n'a été que momentané. Sur 40 cas de douleurs dentaires qu'il a traités, soit en frictionnant les gencives avec quelques gouttes de teinture, soit en introduisant dans la carie de la dent un morceau de coton imbibé d'une goutte ou deux de cette teinture, 17 fois la guérison a été immédiate, 6 fois il n'y eut qu'un soulagement momentané; et dans 7 cas, ce moyen manqua totalement. Sur 15 cas de migraine, 10 furent traités avec succès.

Les recherches du Dr Fleming sur le traitement du rhumatisme par le moyen de l'aconit présentent beaucoup plus d'intérêt que les recherches précédentes. On sait que Storck est le premier qui ait recommandé cet agent thérapeutique, et que depuis il a été employé avec succès par beaucoup de médecins de l'Allemagne et de la Suisse: sur 22 cas, qui ont été traités de cette manière, tous ont guéri dans un intervalle moyen de cinq à six jours; dans 3 cas, la guérison a été complète dans deux jours; dans 1 cas au bout de trois jours; et dans 6 au bout de quatre jours. Cependant l'auteur ajoute que la durée totale du traitement a été de deux à trois semaines. Le soulagement qui suit l'administration de l'aconit

est souvent extrêmement rapide; et, une heure après l'ingestion de la première dose, les douleurs sont déjà moindres; tandis que, dans d'autres cas, on n'obtient les mêmes effets qu'au bout de quelques heures. Le Dr Fleming n'a pas obtenu des effets moins satisfaisants de l'aconit dans le traitement du rhumatisme chronique (du lumbago, par exemple) et de l'érysipèle des membres.

Les doses varient, suivant qu'on veut obtenir un effet calmant ou antiphlogistique: dans le premier cas, on donne 5 gouttes de teinture trois fois par jour, et on augmente chaque jour la prise d'une goutte, jusqu'à ce que l'on voie paraître les effets physiologiques qui appartiennent au deuxième degré de l'intoxication; dans le deuxième cas, on administre également 5 gouttes de teinture, que l'on répète toutes les quatre heures, de manière à arriver également au deuxième degré de l'intoxication. On soutient cet effet sédatif, en donnant 2 gouttes ½ de teinture toutes les trois ou quatre heures, suivant l'effet qui a été produit. L'auteur ajoute que, dans cette circonstance, il est absolument nécessaire de voir le malade et de lui tâter le pouls avant de lui donner une nouvelle dose du médicament. Pour l'usage externe, il emploie également la teinture à la dose d'un ou plusieurs drachmes, en frictions trois fois par jour. (*British and foreign med. review*, octobre 1845.)

Obstétrique.

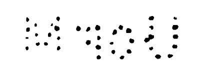
PERFORATION DU COL DE L'UTÉRUS (*Obs. de — produite par le pied de l'enfant, pendant un accouchement*); par le Dr T. Williamson.— Une dame de 19 ans, forte et bien constituée, enceinte pour la première fois, fit appeler l'auteur dans la soirée du 14 mai. Elle croyait que le travail avait commencé; mais le col n'était pas encore dilaté. Cette dame dormit fort bien pendant une grande partie de la nuit; mais le matin elle fut prise de véritables douleurs. Le col était dilaté comme une pièce de 10 sous, et les bords étaient minces et flexibles. Le pied gauche se présentait; cependant, quoiqu'il y eût déjà eu sortie des eaux de l'amnios, il n'était pas encore engagé dans le col. Une heure et demie après, la malade fut prise de trois violentes douleurs, qui se succédèrent rapidement. Quelle fut la surprise de l'auteur, lorsque, pratiquant le toucher, il s'aperçut que le pied gauche, qui était placé dans l'utérus immédiatement au-dessus de l'orifice, s'était frayé un passage à travers l'épaisseur du segment antérieur de l'utérus,

à 1 pouce environ de son orifice normal! Le fait est que non-seulement le pied avait passé à travers cette fente, mais encore toute la jambe jusqu'au genou; du reste, il n'y avait pas d'hémorrhagie. L'auteur n'eut que peu de temps à réfléchir sur le procédé qu'il y avait à employer en pareille circonstance; car une autre douleur aussi violente que les précédentes chassa le pied, la jambe et la cuisse à travers les parties externes, entraînant avec elle une large bande de tissu utérin, formée par les parties comprises entre l'orifice naturel et l'orifice normal. Force fut alors de prendre un parti : l'enfant était pour ainsi dire à cheval sur cette épaisse bride utérine. On pouvait craindre, s'il survenait une autre violente douleur, que cette bride ne se déchirât, ou que la fissure de l'utérus se propageât jusqu'au péritoine. L'auteur se proposait déjà de recourir à la section de la bride dans le cas où il y aurait une autre forte douleur; cependant il voulut avoir les conseils de deux de ses confrères, les docteurs Anderson et Combe. Ils furent de même avis que lui. Mais dans la crainte d'une hémorrhagie qu'il lui eût été peut-être difficile d'arrêter, l'auteur essaya de faire rentrer le membre de l'enfant dans la cavité vaginale, en lui faisant parcourir le chemin qu'il avait suivi, ce qui fut fait sans beaucoup de difficulté, grâce à la suspension des douleurs utérines. Peu de temps après, l'utérus commença à se contracter, et en peu de temps l'accouchement fut terminé. Il ne survint aucun accident. Malheureusement cette malade quitta la ville avant que l'auteur ait pu examiner l'état des choses. (*Northern journal of medicine*, septembre 1845.)

Arrachement du col de l'utérus (*Deux obs. d'accouchement laborieux avec rigidité du col, terminé par l'*); par le Dr John-C.-W. Lever et le Dr Reardon. — Obs. I. — Le 12 septembre 1844, l'auteur fut appelé en consultation par le Dr Dry, de Walworh, auprès d'une dame âgée de 23 ans, qui était enceinte pour la première fois. Depuis deux jours, cette dame était en travail; les eaux s'étaient écoulées au commencement, et le col de l'utérus ne s'était que très-peu dilaté. Cependant les douleurs étaient fortes et se reproduisaient à de courts intervalles. La tête qui se présentait semblait presser solidement sur la paroi antérieure du col; le pouls était plein et dur. Une saignée fut pratiquée; elle eut pour résultat de diminuer l'intensité des douleurs. L'extrait de belladone ne réussit pas plus que la saignée à faciliter la dilatation. On administra ensuite du tartre stibié pour obtenir l'effet nauséeux, mais sans plus de succès. Quand l'auteur vit cette malade vers quatre

heures du soir, il la trouva dans un état d'agitation extrême, la face couverte de sueur, la respiration précipitée et laborieuse, le pouls à 140. L'abdomen était un peu sensible à la pression; les douleurs se succédaient rapidement. L'écoulement qui se faisait par le vagin avait une odeur horriblement fétide; le périnée était d'une couleur rouge foncé, gonflé et œdémateux. Il apprit que, quelques instants auparavant, elle avait rendu, après une grande douleur, une masse noirâtre, percée à son centre d'une ouverture, et qu'il reconnut facilement pour le col de l'utérus. Par le toucher, il reconnut que la tête pressait fortement sur le périnée, et que la fourchette avait commencé à se déchirer. La tête paraissait volumineuse, ossifiée et sans chevauchement des os. Craignant des accidents du côté du rectum, l'auteur, après avoir vidé la vessie, se hâta de perforer le crâne de l'enfant et de terminer l'accouchement avec le crochet. Le placenta suivit presque immédiatement. Après la délivrance, on s'aperçut que le vagin offrait, dans toute la longueur embrassée par la vue, une coloration d'un rouge foncé, mais sans douleur au toucher. Dans la nuit, la malade eut un peu de repos; le lendemain, elle était fort pâle, la respiration et la circulation encore troublées; le pouls petit, à 140; la langue humide; le ventre sans douleur; la vessie, qui était distendue par l'urine, fut évacuée par le cathétérisme; l'utérus était revenu sur lui-même et peu mobile. Il ne survint aucun accident du côté de l'utérus; peu à peu les parties molles engorgées cessèrent d'être tuméfiées; l'écoulement diminua de jour en jour; malheureusement la malade fut prise de douleurs rhumatismales avec gonflement qui occupaient un grand nombre d'articulations, et qui finirent par les envahir presque toutes; à partir de cette époque, elle alla toujours en déclinant, et elle s'éteignit peu à peu le 25 septembre, treize jours après son accouchement. La famille ne voulut pas permettre l'ouverture du corps. (*Guy's hospital reports*, octobre 1845.)

Obs. II. — Dans cette observation, il s'agit d'une jeune dame, enceinte de son premier enfant, auprès de laquelle le Dr Reardon fut appelé, alors que le travail était déjà commencé depuis vingt-quatre heures. Les douleurs étaient extrêmement vives; l'orifice du col dilaté comme une pièce de 1 franc, mais d'une rigidité extrême et étroitement appliqué sur la tête de l'enfant. Dans ces circonstances, et comme cette dame était, depuis vingt-quatre heures, en travail, le Dr Readon proposa au médecin ordinaire de pratiquer deux ou trois incisions sur le col de l'utérus, afin d'en favo-



riser la dilatation, qui ne paraissait pas devoir se faire naturellement; mais celui-ci s'y refusa. Alors on se borna à des applications de belladone sur le col, et à un traitement palliatif. Les douleurs diminuaient cependant; la femme commençait à s'affaiblir; il survint du délire, et la respiration commença à s'embarrasser. On se décida à perforer le crâne, et l'on abandonna la tête du fœtus dans l'utérus; ensuite on exerça des tractions avec le crochet pendant un temps assez long. Tout à coup le fœtus s'échappa avec le placenta, comme cela a lieu dans les accouchements ordinaires. En retirant le crochet, le Dr Reardon s'aperçut que quelque chose y était attaché; et ce quelque chose était le col de l'utérus, dans une étendue de 5 pouces transversalement. Il survint ensuite une hémorrhagie abondante, qu'on parvint cependant à arrêter, et une inflammation très-vive de la matrice, qui céda à un traitement général et local énergique. Au bout de deux mois, cette dame était rétablie, et quand on pratiquait le toucher, on reconnaissait une espèce de plissement ou de froncement du col, comme s'il eût été serré par une ligature. Depuis cette époque, la menstruation n'a jamais fait défaut. (*Dublin medical press*, août 1845.)

Quelque extraordinaires que ces deux faits paraissent au premier abord, ce ne sont pas les seuls que la science possède. Ainsi, le Dr Scott (*Med.-chir. trans.*, t. XI), le Dr Kennedy (*Dublin journal*, t. XVI), le Dr Power (*ibid.*), le Dr Heidele (*Com. Leips.*, t. XVI, p. 518), etc., en ont rapporté des exemples. Quelle peut être la cause de cet arrachement du col utérin? On ne peut douter que la condition première ne soit la rigidité excessive qui ne lui permet pas de céder à l'action des puissances dilatatrices; mais d'un autre côté, on ne peut non plus se refuser à admettre avec Merriman que la cause véritable se trouve dans la descente, dans le petit bassin, de la tête de l'enfant, qui entraîne avec elle le col de l'utérus, et le comprime contre les parois osseuses. C'est en présence des faits de ce genre que l'on comprend les dangers de la temporisation et l'application que l'on pourrait y faire du *débridement multiple*. Du reste, les succès de M. Ashwell sont là pour répondre aux accusations qu'on a portées contre une pratique aussi éminemment utile que le débridement du col utérin.

BULLETIN.

Travaux académiques. — Variétés : Institutions médicales ; Notice nécrologique sur W. Stokes.

I. *Académie royale de médecine.*

Séance du 2 décembre. — M. Jules Béclard lit des *Recherches sur le développement des tissus ;* mémoire qu'il fait précéder de considérations sur la *méthode à suivre dans l'étude de la physiologie.* — Nous laissons au rédacteur des *Archives d'anatomie générale et de physiologie* le soin d'analyser et d'apprécier ce travail.

Traitement moral de la folie. — Nos lecteurs connaissent les travaux remarquables de M. Leuret sur ce sujet. Dans les nouvelles recherches dont ce médecin donne connaissance à l'Académie, il se propose d'établir que le traitement moral de la folie, pas plus que le traitement physique, pas plus que le traitement d'aucune autre maladie, ne peut être ramené à des principes fixes ; que ces principes doivent varier, non-seulement en raison des différences que présentent les différentes espèces de monomanies, mais en raison même des individualités. Il rapporte, à l'appui de cette proposition, plusieurs exemples de monomanies dans lesquels il a été obligé de recourir à autant de moyens moraux différents. Nous reviendrons sur ce travail, soit à propos du rapport dont il sera l'objet, soit pour notre propre compte.

Médicaments externes. — M. Lemaître, médecin à Rabodange, donne lecture d'un travail intitulé *Nouvelles recherches sur le mode d'action des médicaments dans le traitement des plaies, ulcères, etc., et en particulier du nitrate de plomb.* — Les médicaments employés à l'extérieur agissent-ils sur les solides ou sur les liquides? Des recherches préalables tentées pour résoudre cette question, M. Lemaître croit devoir admettre que c'est l'albumine du sérum du sang qui joue le principal rôle dans les maladies internes et externes ; que c'est elle seule qui s'organise pour former les cicatrices et opérer toutes les tranformations de tissus ; que c'est elle, enfin, qui se décompose dans la formation du pus. Et quant à la question que nous posions en commençant, l'auteur la résout en disant que c'est sur cette albumine qu'agissent les acides, les alcalis, et les sels à base métallique ou à réaction acide. C'est en

la liquéfiant ou en la coagulant que l'on obtient la guérison dans la plupart des maladies, et que l'on prévient ou que l'on arrête la putréfaction et l'infection des surfaces ulcérées : lorsqu'on n'agit pas sur l'albumine, on ne doit se proposer d'autre but que d'exciter ou de calmer le système nerveux pour régulariser les actions vitales. Quant au nitrate de plomb, l'auteur le regarde comme un excellent désinfectant dans les cas de plaie de mauvaise nature. Du reste, tous les sels qui jouissent de la propriété de précipiter l'albumine présentent le même avantage : tels sont les nitrates d'argent, de mercure, de fer, etc. Nous n'avons pas besoin de faire remarquer que d'assertions hasardées présente cette communication.

Séance du 9 septembre. — INJECTIONS IODÉES (*Traitement des hydropisies des cavités closes par les*). — M. Velpeau lit un rapport très-détaillé sur un mémoire envoyé par M. le docteur J. Roux, relatif au *traitement de l'hydarthrose scapulo-humérale par l'injection iodée*. M. Roux rapporte un cas de ce genre qui a été traité par l'injection d'iode dans l'articulation, sans qu'il en soit résulté le moindre inconvénient. Après avoir examiné les diverses méthodes thérapeutiques employées contre les hydarthroses, le tartre stibié à haute dose, le calomel, les larges vésicatoires, la ponction simple, M. Velpeau prend occasion du fait du docteur J. Roux pour passer en revue les cas dans lesquels peuvent convenir les injections iodées telles qu'il les emploie depuis plusieurs années. Il insiste particulièrement sur leur utilité dans les hydropisies des cavités closes, dans les hydarthroses et les hydrocèles. Dans ces dernières surtout, M. Velpeau dit avoir adopté depuis longtemps ce traitement de préférence à celui par les injections vineuses. Le rapporteur, dans des conclusions favorables, propose de renvoyer le mémoire de M. J. Roux au comité de publication, etc. — Les opinions du rapporteur sont, plus que le mémoire de M. J. Roux, l'objet d'une discussion assez animée, dont nous donnerons un exposé succinct.

M. le professeur Roux ne voit pas de raison pour employer les injections iodées de préférence aux injections vineuses dans le traitement de l'hydrocèle. On a beaucoup exagéré les inconvénients de ces dernières : M. Roux dit les avoir mises en usage plus de quinze cents fois, et il n'a vu que quatre accidents mortels. Le vin est d'ailleurs plus facile à trouver et moins cher que l'iode, il est tout aussi bon, on doit donc le conserver dans la pratique. Quant aux hydarthroses, il ne saurait partager la sécurité de M. Velpeau sur l'injection de l'iode dans les articulations. Les hydarthroses guérissent d'ailleurs avec

facilité par les moyens connus : il est donc plus prudent d'avoir recours au traitement ordinaire, et de n'employer la ponction qu'à la dernière extrémité, car cette opération est loin d'être sans danger.

M. Blandin appuie les opinions de M. Roux : il est étonné que M. Velpeau, traçant l'histoire complète de la thérapeutique des épanchements articulaires, n'ait pas parlé des onctions mercurielles à haute dose, de l'immobilité et de la compression exercée au moyen d'un appareil inamovible. Il ne rejette pas pour cela la ponction ; il croit qu'en s'entourant des précautions récemment introduites dans le manuel opératoire, on peut pratiquer sans danger l'ouverture d'une articulation ; mais il croit l'introduction de l'air une chose très-grave contre laquelle on ne saurait trop se prémunir. M. Velpeau vante les injections iodées dans le traitement de l'hydrocèle ; mais, à l'exemple d'un grand nombre de chirurgiens, M. Blandin les croit plus faibles et moins certaines dans leur action que les injections vineuses. Celles-ci peuvent produire des accidents, on le sait, mais, pour la plupart du temps, ces accidents dépendent de ce que le liquide était trop chaud, de ce que la canule, mal placée, avait permis l'infiltration dans les bourses. Or, ce n'est pas là la faute de la substance employée, mais du chirurgien. L'iode n'a pas l'efficacité qu'on a voulu lui attribuer, et à ce propos M. Blandin rapporte plusieurs observations de sujets traités par l'iode dans les conditions et avec les doses indiquées par M. Velpeau, et chez lesquels la récidive a eu lieu. Plusieurs de ces malades traités ensuite par le vin ont parfaitement guéri. Revenant ensuite à la question de savoir s'il faut ponctionner dans les hydarthroses, M. Blandin répète que cette opération doit être faite très-rarement, parce qu'elle expose à des inflammations, à des abcès, à la gangrène, etc. M. Velpeau dit n'avoir pas observé ces accidents, mais d'autres les ont vus : il faut donc les craindre. Du reste, il préfère le trois-quarts rond ordinaire au trois-quarts plat que propose M. Velpeau.

ANTAGONISME DE LA PHTHISIE ET DES FIÈVRES INTERMITTENTES. — M. Gaultier de Claubry donne lecture d'un rapport sur un mémoire envoyé par M. Charcelay, professeur à l'École de Tours, et relatif à la question de l'antagonisme entre la phthisie pulmonaire et les fièvres intermittentes et typhoïdes. Du 1er septembre 1842 au 12 août 1845, sur 1571 sujets des deux sexes qui sont entrés, pour diverses maladies, dans les salles de cliniques internes, 689, dont 554 hommes et 135 femmes, étaient atteints, 384 de fièvres intermittentes, 170 de fièvres typhoïdes, 135 de

phthisie pulmonaire; pour la première de ces maladies il y avait 318 hommes et 66 femmes; pour la seconde, 135 hommes et 35 femmes; pour la troisième, 101 hommes et 34 femmes. Une aussi grande disproportion entre les deux sexes tenait à ce que, pour les fièvres intermittentes, les sujets du sexe masculin provenaient, pour la plupart, des nombreux ouvriers employés aux travaux du chemin de fer, et, pour les deux autres maladies, de ce que ces mêmes ouvriers n'avaient, quand ils tombaient malades, que l'hôpital pour ressources, tandis que beaucoup de femmes malades restaient chez elles pour se faire traiter. — A Strasbourg, dans la salle du professeur Forget, sur 904 sujets, 335 ont eu des fièvres intermittentes, 300 la phthisie, et 269 la fièvre typhoïde.—A Bordeaux, dans le service de M. Gintrac, il y a eu 1201 cas de fièvre intermittente, et 150 de phthisie pulmonaire. — De ces différents relevés il résulte, suivant l'auteur, que ni à Tours, ni à Strasbourg, ni à Bordeaux, on ne peut constater la réalité de cet antagonisme dont on a tant parlé, et qui existerait entre la phthisie, la fièvre typhoïde et les fièvres intermitentes.

Séance du 16 *décembre.* — BEC-DE-LIÈVRE (*Opération du — chez un nouveau-né*). — M. Boudon, médecin à Clermont (Oise), annonce qu'il vient de pratiquer avec succès l'opération du bec-de-lièvre chez un enfant nouveau-né, en suivant les principes émis par M. P. Dubois. Il s'agissait d'un bec-de-lièvre congénital double avec division profonde de la voûte palatine. L'allaitement était impossible, les liquides étaient en partie rejetés hors des lèvres. L'opération fut faite quatre jours après la naissance. Les bords de la division labiale rendus saignants ont été réunis par la suture entortillée. Les premiers fils ont été retirés au bout de ving-quatre heures, et remplacés par d'autres fils moins serrés que les premiers. Ce pansement a été renouvelé chaque jour jusqu'au retrait des épingles en diminuant de plus en plus la constriction. Les épingles n'ont été retirées que quand la réunion a paru suffisamment établie. L'enfant fut très-bien guéri.

TARTRE STIBIÉ A HAUTE DOSE (*Inconvénients du— en solution*). —M. Ernest Boudet communique à l'Académie quelques remarques sur les inconvénients qui peuvent résulter de l'emploi du tartre stibié à haute dose donné en solution suivant la méthode rasorienne. Ces inconvénients consistent, suivant lui, en une inflammation couenneuse ou pseudomembraneuse de la membrane muqueuse digestive et en particulier de la muqueuse buccale. Il en résulte souvent aussi une gêne assez notable de la respiration. On

évite ces inconvénients, suivant M. E. Boudet, si on administre le tartre stibié sous forme pilulaire. Des pilules de 1 décigramme, dit M. Boudet, ont la même action, sans avoir les inconvénients de la solution.

Injections iodées (*Suite de la discussion sur les*).—M. Rochoux prend la parole pour combattre les assertions de M. Velpeau, relativement à l'efficacité de l'iode en injection dans l'hydrocèle et les hydarthroses. Pour la première, il donne la préférence aux injections vineuses, et relativement aux secondes, il pense que si l'iode a pu réussir dans leur traitement, c'est probablement parce qu'il est insuffisant contre l'hydrocèle. Dans les hydarthroses, en effet, il n'est pas besoin d'obtenir d'adhérence, l'iode peut donc suffire à les guérir. M. Rochoux a eu l'occasion de traiter à Bicêtre un grand nombre d'hydarthroses par les émissions sanguines et le repos: presque toutes ont guéri par ces seuls moyens. L'iode ferait-il mieux? Il est permis d'en douter. Quant à la méthode contro-stimulante, il la rejette comme une véritable déception.

M. Gimelle prend la défense de l'émétique à haute dose dans le traitement des hydarthroses, qu'il regarde d'ailleurs comme plus graves qu'on ne le croit généralement. Dans plus de 130 cas, il a employé ce moyen, et il lui a toujours réussi dans un espace de temps très-court. Il n'approuve pas la ponction et l'injection, qui peuvent avoir des dangers réels. Pour l'hydrocèle, il a quelquefois employé l'iode et avec assez d'avantage; cependant, dans un cas, les douleurs ont été portées jusqu'à déterminer des convulsions, et deux fois il y a eu récidive.

M. Gerdy combat les doctrines de M. Velpeau relativement à l'utilité des injections iodées. Elles ne sont pas aussi innocentes qu'on l'a dit, et à cet égard il rapporte quelques cas dans lesquels il y a eu des accidents graves. Les expériences de M. Babault sur des chiens ont prouvé que l'iode était absorbable et pouvait déterminer des phénomènes d'intoxication, et que d'une autre part il pouvait déterminer la gangrène par des infiltrations dans le tissu cellulaire. M. Gerdy dit avoir fait une série d'expériences avec l'eau pure, additionnée de sel, d'alun, d'alcool, et dans plusieurs cas il a obtenu des guérisons. Pourquoi chercher un médicament nouveau et qui peut déterminer des accidents, alors que tant de substances innocentes peuvent être essayées dans le traitement de l'hydrocèle!

M. Blandin revient sur son argumentation de la dernière séance, et cite de nouveaux faits à l'appui de ceux de M. Gerdy,

pour démontrer que les injections iodées peuvent avoir des inconvénients.

M. Velpeau relève quelques-uns des faits qu'on lui a opposés : dans l'un, le malade qu'on dit mort empoisonné par l'iode a succombé plus de trois mois après l'opération à une attaque d'hémoptysie. L'expérience faite sur l'homme est contraire aux résultats qu'on dit avoir obtenus dans des expériences sur les animaux. Enfin, un chirurgien de Toulouse, M. Dieulafoy, a fait avec succès une injection dans le péritoine. Cette opération n'est donc pas aussi téméraire qu'on l'a prétendu. (La discussion est renvoyée à une prochaine séance.)

Séances du 23 et du 30.—Ces séances ont été presque entièrement remplies par le renouvellement du bureau et des diverses commissions permanentes. A la fin de la dernière, M. Forget, professeur de clinique médicale à Strasbourg, donne communication d'un fait relatif à un individu phthisique, chez lequel il s'était formé aux parois thoraciques un *abcès emphysémateux*, contenant un mélange d'air et du pus grumeleux, et chez lequel l'autopsie montra une *carie tuberculeuse des côtes* et une *fistule*, établissant une communication entre ce foyer et une vaste caverne tuberculeuse des poumons. M. Forget pense que ce fait, qu'il n'avait pas encore observé, et dont il n'a pas trouvé d'exemples dans les traités et les recueils, est des plus rares. MM. Velpeau et Blandin rapportent avoir observé plusieurs cas analogues dans leurs services. Mais ces cas, répond M. Forget, ne sont pas publiés et par conséquent ne sont pas connus. — Nous rapportons dans ce cahier (p. 88) un fait de ce genre, pris dans un recueil étranger. Quoi qu'il en soit, l'observation de M. Forget est intéressante et le sujet peu commun.

II. *Académie royale des sciences.*

Les séances de décembre ne nous fournissent qu'une communication intéressante : c'est celle d'un travail de M. Lassaigne, dans la séance du 15, *sur l'emploi de l'iode pour distinguer les plus petites taches arsenicales des taches antimoniales.* Nous en donnerons un extrait dans notre revue de médecine légale.

III. *Quelques mots sur les institutions médicales. — Principales décisions de la commission médicale ministérielle.*

Si l'on jugeait des résultats que l'année 1846 doit avoir pour la profession médicale aux promesses qu'a prodiguées l'année qui vient

de finir, aux espérances qu'elle a fait naître, jamais époque ne devrait être saluée avec plus de respect et de reconnaissance. Pour la première fois, le corps médical, arraché à ses tranquilles occupations et travaillé d'une agitation insolite, s'est assis au banquet représentatif et a manifesté ses douleurs et ses vœux. Pour la première fois aussi, une voix officielle est venue lui promettre son concours et son appui. A l'horizon brille cette loi tant promise et si longtemps attendue. Doit-elle ouvrir au corps médical un avenir meilleur? A Dieu ne plaise que nous voulions détruire toutes les espérances qu'on y fonde. Voyons cependant ce que pourra faire la prétendue réorganisation réclamée, ou, si l'on aime mieux, la réforme appelée de tous côtés. Et d'abord, sur quoi doit porter cette réorganisation? Placé par nature et par goût en dehors des intrigues et des cabales, nous déclarons que nous aurions accueilli tout aussi volontiers les mesures salutaires proposées par le congrès médical, que celles que pourra conseiller la commission ministérielle. Or, jusqu'à présent, le congrès n'a signalé, au milieu de vœux irréfléchis et peu praticables, que quelques mesures de détail. Il n'a rien vu, rien indiqué sur les réformes fondamentales qu'exigera certainement, dans un avenir plus ou moins éloigné, l'état actuel de nos institutions. La commission ministérielle fera-t-elle autrement? Certainement non, mais elle fera mieux, et maintenant qu'elle a terminé son œuvre, nous pouvons dire, d'après ce que nous connaissons des décisions qu'elle a prises, que du moins elle aura, dans certains points de détails, apporté de véritables améliorations. Avec tout cela, lorsque la loi aura été présentée et acceptée, la profession médicale refleurira-t-elle immédiatement? Hélas! nous craignons bien qu'il n'en soit rien, ou plutôt nous en avons la conviction. Les médecins n'en seront pas plus riches; ils n'en seront pas surtout plus considérés. Toutes les réformes, les lois répressives même, ne nous apporteront pas la considération qui nous échappe. C'est un état de choses qu'il faut subir aussi bien que le progrès du siècle, avec ses bons comme ses mauvais résultats. Puisse-t-il n'être que temporaire! Voulez-vous juger combien le mal est profond? Il suffit de remarquer que le congrès n'a pas même soulevé un coin du voile qui couvre toutes nos misères, tant il en avait peu conscience, ou tant il en avait peur.

Il faut aux corps constitués, comme aux peuples, autre chose qu'une vie politique: il leur faut une vie morale. A quoi serviraient des institutions nouvelles, si elles devaient être faussées à chaque pas. Ne nous y trompons donc pas, et ne nous exagérons pas la

portée de cette agitation et des réformes qui pourront en sortir. Le corps médical a ses flatteurs qui lui montrent le mal où il n'est pas. Non, le mal n'est pas seulement dans les institutions : il est surtout dans les individus. Le jour où vous aurez rendu plus difficile l'abord de votre profession et de toutes ses positions, par des garanties plus fortes de savoir et de moralité ; le jour où les fonctions publiques ne seront pas seulement regardées comme un marchepied à des fortunes impossibles, ce jour-là seulement vous pourrez espérer de regagner cette considération qui ne se décrète pas par une loi, mais qui s'acquiert par la puissance des bonnes traditions, par la supériorité des lumières et la dignité de la conduite.

— Voici les principales décisions que l'on dit avoir été prises par la commission ministérielle, et qui nous paraissent toutes fort judicieuses : 1° Pour les études médicales : cinq ans au lieu de quatre ; un examen de plus ; des examens de fin d'année pour passer d'une année dans l'autre ; les examens probatoires relégués à la dernière année ; les frais d'études réduits à onze cents francs. 2° Pour l'enseignement : maintien des écoles préparatoires ; le concours maintenu pour la nomination des professeurs. 3° Pour l'exercice de la médecine : création de conseils médicaux, chargés de la surveillance administrative de la profession, sans attributions disciplinaires ; admission d'un seul ordre de médecins, par conséquent abolition des officiers de santé ; système de boursiers pour la formation et l'engagement pendant un certain temps de médecins cantonnaux ; les dentistes asservis à certaines épreuves, pour être autorisés à exercer leur art, etc. etc.

— Dans la présentation du budget pour l'instruction publique, il a été porté par le ministre une allocation pour la création de trois nouvelles chaires dans les Facultés de médecine : une chaire d'anatomie comparée à Paris, une chaire d'anatomie pathologique à Montpellier, une chaire d'histoire de la médecine à Strasbourg. Nous examinerons dans le prochain numéro la convenance et l'utilité de la création de ces chaires.

IV. *Notice sur W. Stokes.*

La mort vient encore de frapper un laborieux athlète. Aux noms si regrettés de Hope, de Charles Bell, d'Abercrombie, il faut ajouter un nouveau nom, qui appartient aujourd'hui à l'histoire de l'art : c'est celui du docteur Stokes.

Whitley Stokes était né à Dublin en 1763. Il était fils d'un pro-

fesseur du collége de la même ville. Entré très-jeune dans l'université, il y fit d'excellentes études. Déjà se manifestait en lui cette ardeur pour les recherches de philosophie et d'histoire naturelle qui devait former le trait principal de son caractère et l'entraîner inévitablement vers l'étude de la médecine. Stokes ne fut reçu médecin à Edimbourg qu'à l'âge de 30 ans, et il retourna immédiatement dans sa patrie où l'attendaient de grands succès. Il fut nommé peu de temps après professeur de médecine pratique à l'Ecole de médecine de Dublin ; plus tard, il passa en la même qualité au Collége des chirurgiens. Dans les dernières années de sa vie, il abandonna ses fonctions de professeur de médecine pour prendre la chaire d'histoire naturelle, qui avait été de tout temps l'objet de ses désirs et de ses espérances.

Stokes n'appartenait pas à cette classe d'hommes qui, portés par le génie, découvrent les grandes lois du monde physique : son esprit positif l'entraînait vers un tout autre ordre d'idées. Ce qu'il lui fallait, c'était des faits ; c'était des expériences. Il aimait à les retourner de cent façons, à les regarder sous toutes leurs faces, à les creuser dans leur profondeur. Laborieux investigateur, il était surtout un homme de détails. Ami du progrès, il était déjà d'un âge avancé, lorsque la découverte de l'immortel Laennec vint ouvrir une nouvelle voie aux investigations médicales. Stokes comprit tout de suite qu'il y avait une grande et belle position à acquérir dans la science, à populariser ces idées nouvelles, à en tirer les dernières conséquences. Il s'y dévoua corps et âme, et on peut dire que toute sa carrière médicale a été presque exclusivement consacrée à s'occuper des maladies sur lesquelles sa science favorite pouvait jeter quelque jour. Médecin d'hôpital, il mit à profit les nombreux malades qui passaient sous ses yeux, et rassembla ainsi les éléments d'un ouvrage des plus intéressants; nous voulons parler de son *Traité des maladies de poitrine*, qui parut en 1837. Là, pas de théories, pas d'hypothèses; l'auteur, se défiant de lui-même, se borne à tracer la symptomatologie et le traitement, parce qu'il peut, dans ces deux parties, donner carrière à son esprit à la fois positif et ingénieux. Combien de fois en lisant ce livre nous sommes nous pris à admirer cette logique entraînante, la vérité de ces descriptions, la patience de ces recherches ! Laennec est l'homme des grandes idées, des grands aperçus ; Stokes est l'homme des détails. Laennec jette des éclats de lumière ; Stokes répand des étincelles. L'un est l'homme de génie qui invente ; l'autre est l'observateur patient et infatigable qui polit les aspérités, qui émousse les angles que le génie avait laissés.

L'ouvrage de Stokes a eu l'honneur d'être traduit en plusieurs langues ; et, quoique nous possédions bien des ouvrages remarquables sur les maladies de poitrine, nous sommes encore à nous demander comment on n'a pas songé à en donner enfin une traduction française. Nous en avons publié nous-mêmes un compte rendu détaillé dans ce journal (*Arch. gén. de méd.*, 3e série, t. III), et nous avons également publié plusieurs des travaux importants de cet excellent observateur. Nous citerons principalement ses recherches sur l'emphysème et le cancer du poumon. Stokes a fait insérer presque tous ses travaux dans le journal de Dublin ; en voici la liste exacte, d'après ce journal :

1° *Observations cliniques sur l'emploi de l'opium à haute dose* (*Dublin journal*, t. I, 1832) ; 2° *Recherches pour servir à la pathologie des organes thoraciques* (*id.*, t. II, et t. III ; 1833) ; 3° *Recherches sur le diagnostic de la péricardite* (*id.*, t. IV, 1834, et *Arch.*, t. IV, 2e série) ; 4° *Recherches sur le diagnostic et la pathologie des anévrysmes internes* (*id.*, t. V, 1834, et *Arch.*, t. VI, 2e série) ; 5° *Recherches sur la tunique fibreuse du poumon* (*id.*, t. VI ; 1835) ; 6° *Recherches sur le diagnostic de quelques maladies du thorax* (*id.*, t. VIII, 1836, et *Arch.*, t. IV, 2e série) ; 7° *Mémoire sur l'emphysème vésiculaire du poumon, et sur la paralysie des muscles intercostaux et du diaphragme* (*id.*, t. IX, 1836, et *Arch.*, t. X, 2e série) ; 8° *Du diagnostic et du traitement des maladies de poitrine* (in-8° ; Dublin, 1837) ; 9° *Recherches sur l'état du cœur et sur l'emploi du vin dans le typhus fever* (*id.*, t. XV ; 1839) ; 10° *Recherches sur la pathologie et le diagnostic du cancer du poumon* (*id.*, t. XXI, 1841, et *Arch.*, 3e série, t. XIV) ; enfin un grand nombre d'observations isolées et de communications faites à la Société pathologique de Dublin, parmi lesquelles nous citerons une observation fort intéressante qui figure aujourd'hui dans notre *Revue générale*.

Comme professeur d'histoire naturelle, Stokes fut le premier qui chercha à populariser en Irlande les théories modernes relatives à la géologie et à la minéralogie. Il se fit remarquer dans cette chaire, comme il l'avait déjà été en médecine par l'originalité de ses opinions, la profondeur de ses recherches, l'éloquence et l'énergie de sa parole.

Stokes n'était pas seulement un homme instruit et un homme de mérite ; c'était aussi un homme de bien, toujours prêt à mettre sa fortune ou sa vie bien au-dessous de ses devoirs de philanthrope et d'honnête homme. Pendant les épidémies de fièvre qui ravagèrent l'Irlande, à deux reprises différentes, en 1827 et 1828, il fut tou-

jours le premier sur la brèche et ne quitta pas un instant le lit de ses malades. A cette époque, les hôpitaux de Dublin furent insuffisants pour recevoir les malheureux qui se serraient aux portes, et que leurs parents ou leurs amis abandonnaient souvent sur le seuil. Il fallut créer dans divers endroits des hôpitaux temporaires. L'hôpital de Meath, auquel le docteur Stokes était alors attaché, ne renfermait pas moins de 300 malades. Lui et trois autres suffirent à cet immense travail pendant toute la durée de l'épidémie. On admire encore plus cette conduite, quand on songe que Stokes avait à cette époque 64 ans. Ce savant distingué, cet homme respectable, est mort au mois de juillet dernier, à l'âge de 82 ans.

— L'espace nous manque pour donner dans ce numéro l'indication de sujets de prix proposés par diverses sociétés savantes.

BIBLIOGRAPHIE.

Guide du médecin praticien, ou résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées; par M. Valleix, médecin des hôpitaux de Paris, etc. etc. Tome VI; Paris, 1845, in-8°. Chez J.-B. Bailliere.

Quel que soit le cadre d'une nosologie médicale, il est impossible, dans l'état actuel de la science, d'y classer tous les faits à moins de les violenter. C'est que la nature d'un grand nombre de maladies nous est complétement inconnue, et que telle affection, rangée aujourd'hui parmi les phlegmasies, sera peut-être considérée demain, avec raison, comme une maladie spécifique et *vice versa*. Alors ne vaut-il pas mieux, adoptant l'ordre anatomo-physiologique qui ne change point, décrire les maladies par appareil? De cette façon, peu importe que les opinions varient sur la nature d'une maladie, sa description occupera toujours la même place et restera jointe à la pathologie de l'appareil auquel elle appartient. Ce résultat, bon en lui-même, est surtout important dans les ouvrages destinés aux praticiens qui ont besoin de trouver facilement les renseignements qui leur manquent, d'avoir sous les yeux toutes les maladies d'un même appareil, afin de discerner promptement celle qu'ils veulent étudier. Ces courtes réflexions nous sont suggérées par la lecture du sixième volume du *traité de pathologie* de M. Valleix. Suivant la marche que nous venons d'indiquer, cet auteur a

réuni les maladies des voies digestives et celles de leurs annexes, et a fait de cette portion de son livre une véritable monographie des plus utiles à consulter.

Le premier chapitre est consacré à l'histoire des *hémorrhoïdes*. Ici un écueil était à éviter. Les hémorrhoïdes appartiennent tout à la fois à la médecine et à la chirurgie : aussi leur description est-elle presque toujours incomplète, soit sous le rapport chirurgical, soit sous le rapport médical. Mais l'auteur s'est rappelé qu'il écrivait un ouvrage destiné aux praticiens, et il a étudié cette maladie sous un double point de vue. Après avoir fait bonne justice des causes nombreuses admises par les auteurs, exposé avec soin ses signes et sa marche, discuté son diagnostic différentiel, indiqué son traitement médical, il a cru devoir encore décrire les principaux procédés opératoires employés pour sa cure radicale. Parmi tous, il recommande surtout l'incision comme le moyen le plus prompt, le plus facile et le plus sûr; il s'attache avec raison à rassurer les praticiens contre la crainte d'une hémorrhagie qui est ordinairement peu abondante, et qu'il est toujours possible d'arrêter.

Dans la seconde partie du livre, après un chapitre très-intéressant sur les *vers intestinaux*, l'auteur a réuni toutes les maladies du *foie* et des *voies biliaires*. Bien que la plupart diffèrent essentiellement de nature, leurs descriptions gagnent cependant beaucoup à être rapprochées, parce qu'elles ont un grand nombre de points de contact, et sont accompagnées d'altérations fonctionnelles assez semblables. La critique la plus sévère aurait peu de chose à reprendre dans cet exposé de la pathologie du foie; cependant il est un point de médecine opératoire sur lequel nous différons d'opinion avec M. Valleix. Dans les cas où il faut pratiquer l'ouverture d'une poche purulente ou biliaire située dans l'hypochondre droit, il préfère à l'emploi du caustique la méthode de M. Bégin, qui incise les tissus jusqu'au péritoine et attend que des adhérences péritonales se soient formées avant de pénétrer dans la poche. Nous pensons que ce moyen, sans compter la répugnance qu'il inspire aux malades, n'est pas très-facile à employer pour des hommes qui n'ont pas une grande habitude des opérations, et qu'il expose, bien plus que les caustiques, à une péritonite étendue. Du reste, M. Valleix ne repousse pas non plus l'usage de la potasse et de la pâte de Vienne, qu'il regarde comme deux excellents moyens thérapeutiques.

M. Valleix examine ensuite, sans entrer dans de longs dévelop-

pements, les affections de la *rate*, du *pancréas*, etc. etc.; puis il aborde l'histoire des phlegmasies du *péritoine*. Sans contredit, c'est dans cette partie de son travail que l'auteur a montré au plus haut degré cet esprit de critique et de discussion, cette sévérité de jugement qui le distinguent. Peut-être a-t-il eu tort de joindre à la description des différentes formes de péritonite aiguë la péritonite puerpérale, qui n'est qu'un accident, une manifestation d'une maladie plus générale. Ce fait, qu'il est le premier à reconnaître, l'a conduit à ne donner qu'une description incomplète de la péritonite puerpérale, qu'il sera forcé de traiter plus tard bien plus longuement. Mais dans une question encore aussi peu connue, il était difficile d'être plus précis et plus vrai. Recueillant et analysant avec le plus grand soin toutes les observations de péritonites qui contiennent des détails d'autopsie suffisants, mettant largement à profit les travaux si consciencieux de M. Louis, il a tracé une histoire de la péritonite chronique qui ne laisse rien à désirer. Nous avons surtout remarqué les pages où l'auteur décrit ces péritonites spontanées, survenant à l'improviste chez des individus qui ne fournissaient aucun signe stéthoscopique de phthisie, et qui pouvaient devenir un symptôme des plus importants pour un observateur éclairé. Il nous est impossible de donner ici une analyse détaillée de ce travail important, et nous ne pouvons que le recommander d'une manière toute spéciale à nos lecteurs. V...R.

Lectures on subjects connected with clinical medicine, comprising diseases of the heart; ou Leçons sur divers sujets de médecine clinique, renfermant les maladies du cœur; par le Dr P.-M. Latham. 1 vol. in-12 de 374 p.; Londres, 1845.

Dans cet ouvrage, dû à la plume d'un médecin qui occupe une brillante position scientifique en Angleterre, il ne faudrait pas chercher une étude complète des maladies du cœur. L'auteur n'a envisagé qu'une partie de l'histoire de ces maladies, leurs symptômes, leur diagnostic et leur traitement. C'est dans les diverses parties de son sujet que nous allons chercher à le suivre, et lorsque nous les aurons déroulées sous les yeux de nos lecteurs, nous tâcherons de porter un jugement en connaissance de cause. Avant tout, nous dirons que nous ne nous croyons nullement obligé de suivre l'auteur pas à pas dans chacune des leçons qui composent son œuvre; et quand cela nous paraîtra nécessaire, nous rapprocherons les faits et les opinions, quelle que soit la place que l'auteur leur ait assignée.

Le Dr Latham a parfaitement compris qu'on ne pouvait procéder à l'étude des maladies du cœur sans avoir étudié avec soin les

conditions physiologiques de cet organe ; mais comme, sous ce point de vue, il n'a rien ou presque rien ajouté à ce qu'on connaissait déjà, nous nous croyons dispensé de nous en occuper. Il n'en est pas de même en ce qui touche les modifications que les divers actes du cœur, et les bruits en particulier, peuvent éprouver sous l'influence des conditions pathologiques. Certes, nous nous associons pleinement à la critique que l'auteur a adressée à la prétention de certains hommes qui veulent baser le diagnostic sur des modifications aussi variables et aussi légères que ces bruits connus sous le nom de bruits de *souffle*, de *scie*, de *lime*, de *râpe*, etc.; mais nous ne sommes plus de son avis quand il cherche à établir que l'on ne peut arriver à un diagnostic exact ni par la coïncidence des murmures avec les divers temps du cœur, ni par la direction dans laquelle ils se propagent. Eh quoi! parce qu'il peut se rencontrer, dans quelques cas exceptionnels, des conditions qui peuvent changer le mode d'existence de ces phénomènes, en faut-il conclure que des méthodes qui ont été tant de fois vérifiées ne méritent aucune confiance? Le Dr Latham eût bien mieux mérité de la science, si, au lieu d'ébranler les bases d'un édifice encore inachevé, il se fût efforcé de signaler les vices de construction et les moyens d'y remédier. Le chapitre qu'il a publié sur les causes qui peuvent donner lieu à des bruits anormaux sans altération organique, quelque incomplet qu'il soit d'ailleurs, n'en sera pas moins consulté avec fruit. Parmi les causes d'erreur qu'il a signalées, nous avons remarqué les bruits anormaux qui se montrent quelques jours avant la mort ou pendant les accès d'hystérie, ceux que l'on rencontre chez les individus qui ont la poitrine et la colonne vertébrale mal conformées, etc.

L'histoire de l'endocardite rhumatismale a fourni à l'auteur l'occasion de montrer qu'il avait fait, sur cette maladie, des recherches longues et consciencieuses. Nous avons vu d'abord, avec plaisir, qu'en Angleterre on ne conteste plus aujourd'hui à M. Bouillaud la découverte de l'endocardite. Cette dernière circonstance honore d'autant plus M. Latham, qu'il est de tous les médecins anglais celui qui avait soupçonné davantage l'importance de l'inflammation de la membrane interne du cœur, ainsi qu'on peut le voir dans ses leçons qui furent publiées, il y a déjà plusieurs années, dans la *Gazette médicale de Londres*. Les détails dans lesquels il est entré confirment et complètent sur beaucoup de points les recherches de ce dernier observateur: il importait de connaître les premiers signes qui annoncent la présence d'une maladie aussi dangereuse. M. Latham n'hésite pas à regarder comme tels une espèce de prolongement ou de rudesse du premier bruit; cette remarque, nous l'avions déjà faite avant de connaître les recherches de cet auteur, et comme lui, nous croyons qu'on peut annoncer le développement d'une endocardite, quand on observe, en même temps qu'un rhumatisme, ces modifications, bien légères à la vérité, dans le timbre des bruits du cœur. Quant à la relation de développement qui existe entre l'endocardite et le rhumatisme, l'auteur admet trois circonstances : ou bien l'endocardite et son murmure caractéristique se montrent tout à fait au commencement de

la maladie; ou bien, le plus souvent, ce n'est qu'à une période assez avancée qu'elle se développe; enfin, dans des cas moins fréquents, c'est au déclin ou après la cessation du rhumatisme que l'endocardite se manifeste par des phénomènes distincts.

On sait que M. Bouillaud a publié, à plusieurs reprises, des relevés statistiques, dans lesquels il a signalé la coïncidence fréquente du rhumatisme et de l'inflammation aiguë des membranes du cœur. Ces résultats ont été fortement contestés; il importait cependant de savoir à quoi s'en tenir sur ce point, et nous avons trouvé dans le livre que nous analysons des renseignements suffisants pour résoudre cette intéressante question.

Depuis l'année 1836 jusqu'à l'année 1840, c'est-à-dire pendant un intervalle de cinq ans, le Dr Latham a reçu, dans son service à l'hôpital Saint-Barthélemy, 136 malades affectés de rhumatisme articulaire aigu; sur ce nombre, 46 seulement ne présentaient aucune trace de maladie du cœur; les 90 autres en étaient affectés à divers degrés. Relativement au siége de l'affection, l'endocarde était affecté seul dans 63 cas; le péricarde seul dans 7; le péricarde et l'endocarde à la fois dans 11 cas; neuf fois ce siége était douteux. D'où il suit que l'on observe l'inflammation du cœur chez environ les deux tiers des individus affectés de rhumatisme articulaire aigu; il suit en outre, de ce relevé, que l'endocardite est neuf fois aussi fréquente dans le rhumatisme que la péricardite, et que cette dernière existe plus souvent combinée avec l'endocardite que seule.

L'endocardite rhumatismale ne paraît pas avoir la gravité qu'on lui a généralement attribuée, du moins en ce qui concerne la rapidité de la marche: sur les 63 individus qui ont présenté cette maladie, aucun n'a péri, pas même ceux dont la constitution était le plus détériorée; mais, d'un autre côté, l'endocarde n'est revenu que bien rarement à son état normal: 17 sujets seulement sont sortis de l'hôpital, ne présentant plus aucune trace de murmure; chez les 46 autres, la membrane interne était encore le siége d'une inflammation chronique. La péricardite rhumatismale paraît infiniment moins grave; tous les individus qui en étaient atteints ont parfaitement guéri. Mais il n'en a pas été de même lorsque les deux inflammations coexistaient; car sur les 11 cas d'endo-péricardite, 3 se sont terminés d'une manière funeste, et la guérison n'a été complète chez aucun des 8 autres.

M. Bouillaud a signalé, parmi les complications graves de l'inflammation rhumatismale des membranes du cœur, les phlegmasies qui se développent vers l'appareil respiratoire et vers la plèvre en particulier; le Dr Latham nous fournit encore sur ce point des renseignements précieux: l'inflammation des poumons, dit-il, s'est montrée 24 fois sur 136 cas de rhumatisme, par conséquent une fois sur 5 et demi. Cette inflammation a occupé 18 fois le poumon, 4 fois les bronches, et 2 fois la plèvre. Voici de quelle manière ces divers cas étaient répartis:

1° *Rhumatisme sans affection du cœur*, 46. — 5 affections du poumon, dont 3 pneumonies simples, et 2 bronchites diffuses (une de ces pneumonies se termina par la mort).

2° *Rhumatisme avec endocardite*, 63.— 7 affections du poumon, dont 1 pneumonie simple, 3 doubles pneumonies, 3 bronchites diffuses.

3° *Rhumatisme avec péricardite*, 7. — 4 affections du poumon, dont 2 pneumonies simples, 1 pneumonie double et une bronchite diffuse.

4° *Rhumatisme avec endopéricardite*, 11. — 8 affections du poumon, dont 2 pneumomies simples, 1 double pneumonie, 1 double pneumonie avec double pleurésie et double hydrothorax (terminée par la mort), une pneumonie avec bronchite diffuse (terminée par la mort), une pleurésie simple avec épanchement, une pleurésie double avec épanchement, une bronchite double et générale (également terminée par la mort).

La conclusion la plus remarquable à tirer de ces faits, c'est que la péricardite rhumatismale est souvent compliquée d'affections des organes inspiratoires, mais pas aussi souvent de pleurésie aiguë que l'avait noté M. le professeur Bouillaud. D'un autre côté, l'endopéricardite offre en général cette complication pulmonaire à un bien plus haut degré, puisqu'on l'y trouve dans plus des deux tiers des cas. Chose extraordinaire! l'auteur n'a observé de pleurésie que dans le cas d'endopéricardite, et seulement 2 fois sur 8; enfin, comme on devait naturellement le penser, cette double inflammation des séreuses du cœur présente, soit par elle-même, soit par ses complications, une gravité plus grande que l'endocardite ou la péricardite rhumatismales isolées, quelle que soit d'ailleurs leur connexion avec d'autres maladies des organes respiratoires.

Le Dr Latham, après avoir consacré, comme on vient de le voir, des détails très-nombreux à l'étude de l'endocardite et de la péricardite rhumatismales, n'a pas cru pouvoir se dispenser de poser les bases du traitement du rhumatisme articulaire aigu. Cela paraîtra peut-être peu logique à quelques personnes, et l'on se demandera à quoi bon placer le traitement du rhumatisme dans un ouvrage sur les maladies du cœur. Mais il suffit de réfléchir aux rapports que nous avons vu exister entre les inflammations des enveloppes du cœur et le rhumatisme, pour comprendre que cette dernière maladie est souvent la maladie principale, et celle qu'on doit attaquer exclusivement, et que par conséquent le traitement du rhumatisme n'est nullement déplacé ici. Pour notre part, nous avons vu avec plaisir cette digression; car nous espérions y trouver des renseignements convenables sur la valeur du traitement qui est habituellement suivi en pareil cas chez nos voisins d'outre-Manche. Nous n'avons pas besoin de dire que la base de ce traitement est le calomel, et le calomel poussé jusqu'à salivation. Mais ce qui diminue de beaucoup la valeur de ces données, c'est qu'on emploie en même temps les émissions sanguines et les opiacés. Malgré les éloges que l'auteur de ce livre prodigue à ce traitement, nous croyons que sans le vouloir il en a fait la critique la plus amère. Ainsi, lui-même constate qu'on ne peut compter d'une manière absolue sur son efficacité; que l'on voit la maladie persister là où on s'attend à un succès facile, et réciproque-

ment; d'un autre côté, cette salivation, qui lui paraît la condition *sine quâ non* de la guérison, peut survenir *de bonne heure*, sans agir notablement sur la durée de la maladie. Ainsi, dans deux cas où elle se montra au premier et au troisième jour du traitement, la durée de la maladie fut la même, tandis que dans deux cas où elle existait déjà au quatrième et au cinquième jour, l'affection rhumatismale continua jusqu'au vingt-cinq et vingt-huitième; dans un autre cas où elle fut produite au cinquième, la maladie était terminée au quatorzième jour. Vingt-cinq et vingt-huit jours de traitement! Quoi qu'en dise le Dr Latham, c'est énorme, et c'est là de l'insuccès. Ajoutons qu'il existe des cas dans lesquels il est impossible d'obtenir cette salivation tant désirée, et les malades n'en guérissent pas moins à la longue. Nous sommes donc autorisé à conclure que le calomel et la salivation mercurielle n'ont aucune action appréciable sur le rhumatisme articulaire aigu et sur les complications cardiaques. Les succès que donne cette méthode doivent être rapportés aux antiphlogistiques et aux opiacés qui en font également partie.

L'étude de l'endocardite et de la péricardite non rhumatismales complète le livre que nous avons à examiner. Nous ne nous y arrêterons pas, parce qu'on n'y trouve rien de bien nouveau, et que nous avons déjà consacré à cette analyse beaucoup plus d'espace qu'il ne nous en était accordé.

Quelques mots maintenant sur le livre en général. Un style pittoresque et brillant, peut-être un peu emphatique; des détails nombreux et souvent intéressants; des aperçus parfois ingénieux; des explications d'une saisissante simplicité: voilà les qualités qui distinguent cet ouvrage. Mais, d'un autre côté, on y trouve des lacunes et des hypothèses nombreuses, des descriptions incomplètes et comme ébauchées des maladies les plus importantes. En somme, les qualités l'emportent sur les défauts, et on trouvera difficilement un meilleur guide pour observer les maladies du cœur; bien entendu que ce livre ne pourra jamais être considéré que comme un livre élémentaire, comme une introduction à l'étude d'ouvrages plus larges et plus complets. A.

Medico-chirurgical transactions, 1845, in-8°, *published by the royal medical and chirurgical Society of London;* 2e série, t. X. Londres.

Ce volume contient: 1° *Obs. d'oblitération de la veine cave inférieure depuis les veines iliaques primitives jusqu'à l'origine des veines hépatiques et émulgentes;* par Thos.-B. Peacock. Nous l'insérerons dans notre *Revue générale*. — 2° *Sur la classification, la structure et le développement de l'échinocoque de l'homme;* par Er. Wilson. Nous en rendrons compte. — 3° *Obs. d'anévrysme de l'artère poplitée guéri par la compression de l'artère fémorale;* par Éd. Greatrex

et W.-T.-C. Robinson. Cette observation ne présente rien de remarquable, si ce n'est la rapidité avec laquelle les battements se sont suspendus dans la tumeur (2 mois). — 4° *Sur les épanchements de sang dans la cavité de l'arachnoïde et la formation de la fausse membrane qui leur sert quelquefois d'enveloppe;* par Prescott-Hewett. Nous en reparlerons. — 5° *Sur le colostrum de la vache;* par J. Davy. Suivant lui, le sérum n'entre pas dans la composition du colostrum, et la propriété dont il jouit de se coaguler par la chaleur dépend d'une modification particulière de sa portion caséeuse. — 6° *Obs. de rétrécissement du gros intestin, traité avec succès par l'ouverture du colon ascendant;* par S. Evans. Cette observation nous fournira l'occasion d'examiner la valeur et l'utilité de cette opération. — 7° *Sur la mortalité des prisons, et les maladies qui affectent le plus souvent les prisonniers;* par W. Baly. — 8° *Observation sur la division de la voûte palatine et sur la staphyloraphie;* par W. Fergusson. Dans ce mémoire, l'auteur a traité des avantages que l'on peut retirer, dans le cas de fissure simple on double de la voûte palatine et du voile du palais, compliquée de bec-de-lièvre, de l'emploi judicieux de la compression et de l'opération du bec-de-lièvre. — 9° *Sur les tumeurs pulsatiles des os, avec une obs. de ligature de l'artère iliaque primitive;* par Ed. Stanley. Nous l'insérerons prochainement. — 10° *Description d'un vice de conformation du duodénum;* par Robert Boyd. Le duodénum, qui se terminait en cul-de-sac, présentait une forme ovalaire; il avait 6 pouces de long et 2 pouces de diamètre à sa partie la plus basse et la plus large. — 11° *Obs. d'hypertrophie remarquable des doigts chez une jeune fille;* par T.-B. Curling. — 12° *Sur l'ophthalmie des femmes en couches;* par Robert Lee. Nous en rendrons compte. — 13° *Nouvelle obs. sur l'obstruction de l'artère pulmonaire;* par James Paget. Nous en rendrons compte. — 14° *Deux cas d'anesthésie et de perte de fonctions motrices de la cinquième paire;* par James Dixon. Ces deux observations n'apportent aucune lumière nouvelle sur les fonctions véritables de la cinquième paire. — 15° *Obs. de céphalæmatome externe et interne, compliqué de fracture du pariétal droit, chez un nouveau-né;* par Ch. West. Nous l'insérerons. — 16° *Obs. d'une large perforation de l'urèthre, traitée avec succès par une opération;* par F. Le Gros Clark. Nous en reparlerons. — 17° *Pathologie des maladies mentales;* par John Webster. Nous en rendrons compte. — 18° *Sur quelques-unes des causes de la péricardite, à savoir, le rhumatisme articulaire aigu et la néphrite albumineuse;* par J. Taylor. Nous en

rendrons compte. — 19° *Obs. de résection du col du fémur dans un cas de coxalgie;* par W. Fergusson. Nous l'insérerons. — 20° *Sur la structure intime des poumons et le développement des tubercules;* par G. Rainey. Nous en rendrons compte. — 21° *Deux obs. d'anévrysme dans lesquels il n'y avait ni battements, ni bruits anormaux;* par T.-A. Barker. Ces deux observations soulèvent une question importante dont nous nous occuperons. — 22° *Cas singulier, dans lequel une sécrétion noire était fournie par la peau du front et de la partie supérieure de la face;* par W. Teevan. Il s'agit, dans cette observation, d'une jeune fille de 15 ans qui présentait une sécrétion noire de la peau, qui se renouvelait quelque temps après qu'on avait débarrassé le tégument externe de cet enduit. La guérison a eu lieu.

Guy's hospital reports, 2e série, n° 6; octobre 1845. Londres, in-8°.

Ce volume contient les travaux suivants: 1° *Deux obs. d'accouchement laborieux et de rigidité insurmontable du col;* par J.-C.-W. Lever (voyez *Revue générale*, p. 99). Une de ces observations est fort intéressante. — 2° *Obs. d'empoisonnement par l'arsenic;* par A.-S. Taylor. Peu intéressant. — 3° *Obs. d'ossification et de luxation du cristallin, avec remarques;* par J.-F. France. Nous en parlerons. — 4° *Obs. d'anévrysme de l'artère poplitée et de ligature de l'artère fémorale;* par J. Nottingham. Ce fait n'offre rien de particulier. — 5° *Sur la pathologie et le traitement de la fracture du col du fémur;* par Bransby-B. Cooper. L'auteur s'est principalement occupé des modifications apportées par les progrès de l'âge dans la structure du col du fémur, et de leurs rapports avec la production de ces fractures. — 6° *Extraits des comptes rendus médicaux et chirurgicaux de la Société clinique pendant le semestre précédent.* — 7° *Deux cas de grossesse extra-utérine;* par le Dr Oldham. Ce sont deux cas de grossesse tubaire. — 8° *Choix d'observations;* par G.-H. Barlow. Nous n'y avons rien trouvé d'intéressant.

Rignoux, Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

Février 1846.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

ÉTUDES SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES, LA DYSENTERIE ET LA FIÈVRE TYPHOÏDE;

Par **F. MASSELOT**, *chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Versailles, membre de la Société anatomique de Paris.*

I. *Des fièvres intermittentes et de leur traitement par l'acide arsénieux.*

On a dit, il y a bien longtemps, et l'on a répété souvent depuis, que la science est renfermée entièrement dans l'observation; que toute doctrine, pour être véridique, ne doit être que le résultat des faits. Or, on voit chaque jour des opinions contradictoires s'appuyer sur l'observation des faits pathologiques. Faut-il conclure, à l'exemple de quelques médecins, que la méthode qui repose sur l'observation est une méthode vicieuse, stérile, capable de conduire à des résultats contradictoires? Point du tout. La seule conclusion licite, à mon sens, c'est que l'on observe mal, tout en observant de bonne foi, et qu'on donne à des faits une valeur, une signification qu'ils ne comportent pas; c'est que l'induction, au

lieu de se baser sur la comparaison des idées avec les choses elles-mêmes, découle trop souvent de la comparaison entre elles d'idées imaginaires.

Ainsi, on n'aperçoit la maladie qu'avec les vues d'une théorie préconçue; on ne voit le fait pathologique que par une seule de ses faces. Tout ce qui s'est accompli hors de l'hôpital est négligé ou mal connu; on ne voit la maladie que lorsqu'elle a déjà une certaine durée; et l'on considère comme caractères essentiels, des états morbides qui ne sont que les conséquences du mal primitif, et ne se présentent qu'en deuxième ou troisième ordre dans la succession des phénomènes pathologiques. On se hâte de conclure généralement sans avoir fait la part de l'influence des climats, des saisons, des localités, des constitutions médicales, etc., sur les caractères et la marche des maladies. L'attention est absorbée par la seule lésion anatomique d'un organe ou d'une portion d'organe. On rapporte toute la maladie à cette altération physique, et l'on néglige les symptômes dans leurs rapports avec la vie et comme révélateurs de la nature de l'affection primitive.

Sans avoir énuméré toutes les causes d'erreur et sans parler de la difficulté qu'apporte dans l'étude d'une maladie la complexité et la connexion des actes vitaux, il est facile de voir que la relation d'un fait pathologique est loin d'être une chose aussi simple qu'on semble le croire. Trop souvent on résout le problème avant de le poser, et l'on ne voit, ou l'on ne choisit plus dans les faits que ce qui est propre à la démonstration de l'idée préconçue. Il n'y a véritablement qu'une méthode basée sur le nombre, l'observation exacte et l'induction légitime des faits qui puissent conduire à des résultats solides, fructueux, et donner à la médecine, sinon une certitude absolue, du moins la certitude d'expérience. Si cette méthode est lente, laborieuse, pénible, si elle ne mène pas rapidement à une grande renommée, elle est, ce me semble, la

plus féconde en résultats positifs et pratiques. Si elle n'a pas toujours produit de bons résultats, il ne faut pas lui en imputer la faute. Les insuccès viennent certainement de ce qu'elle a été mal comprise, ou de ce qu'elle n'a pas été appliquée dans toute sa rigueur. J'en donnerai des preuves dans le cours de ce travail.

C'est en me conformant, autant qu'il me sera possible, à la méthode dont je viens de rappeler les principes, que je me propose de faire l'histoire de quelques-unes des maladies qui ont été traitées à l'hôpital militaire de Versailles. Je m'occuperai successivement des fièvres de marais, de la dysenterie, de la fièvre typhoïde et du traitement qui a été dirigé contre ces diverses affections. J'examinerai s'il n'y aurait pas de puissantes raisons de considérer les fièvres de marais et la dysenterie comme deux formes d'une maladie de même nature, se développant sous l'influence des mêmes causes. Si mon travail ne se recommande pas par sa nouveauté et son importance scientifique, peut-être ne paraîtra-t-il pas sans intérêt au point de vue de l'utilité pratique. Peut-être aussi contribuera-t-il à détruire des préjugés et à modifier des idées théoriques erronées qui sont loin d'être sans influence sur la terminaison de la maladie.

Avant la publication des travaux de M. Boudin sur les fièvres paludéennes, la question de l'emploi des préparations arsenicales, dans le traitement de ces affections, était ensevelie dans un profond silence. Les faits publiés par Fodéré et Desgranges, en faveur de leur vertu antipyrétique, semblaient entièrement oubliés, et le petit nombre des médecins français qui, à leur exemple, les avaient employées, ne s'en souvenaient guère que pour insister sur leur inefficacité ou pour exagérer leurs inconvénients toniques. Quelques-uns même, sans les avoir maniées ni vu manier, les rejetaient systématiquement par la seule raison que le radical de ces préparations s'appelle arsenic.

Avant de relater de nouvelles observations en faveur de l'emploi thérapeutique des préparations arsenicales, il m'a paru nécessaire d'examiner les causes des opinions contradictoires émises sur leurs inconvénients et leurs propriétés antipyrétiques. Les limites et le but de ce travail ne me permettant pas d'analyser et de discuter ce qui a été écrit sur cette question, je dirai seulement que j'ai été conduit à reconnaître aux dissidences des médecins plusieurs causes dont quelques-unes peuvent se résumer ainsi :

1° Les recherches et l'expérimentation n'ont jamais été faites en général que sur une échelle fort étroite.

2° Les climats, les saisons, les localités, les constitutions médicales, ainsi que les conditions hygiéniques dans lesquelles ont vécu les malades, impriment aux maladies des caractères particuliers qui n'ont pas toujours fixé suffisamment l'attention des médecins. Ils ont aussi négligé de faire la juste part de l'activité des causes morbides et du temps pendant lequel celles-ci ont agi sur l'économie pour la modifier.

3° Par suite de l'ignorance de l'action thérapeutique de l'arsenic, ou par suite du choix d'une préparation arsenicale trop concentrée et d'un mauvais mode de dosage et d'administration, les médecins ont craint, ou se sont trouvés dans l'impossibilité de donner, dans certaines conditions, des doses suffisantes pour arrêter le mal.

4° Les médecins qui ont voulu vérifier, par de nouvelles recherches, les travaux de leurs devanciers, n'ont pas toujours expérimenté dans les mêmes conditions, ni de la même manière.

5° Enfin, plusieurs auteurs, sacrifiant aux préjugés et à des idées préconçues les témoignages les plus authentiques, se firent systématiquement les détracteurs acharnés de l'arsenic, sans l'avoir jamais expérimenté.

Voilà, si je ne me trompe, les raisons principales qui ont causé les dissidences des auteurs sur les effets thérapeutiques

et toxiques de l'arsenic, et amené la défaveur et l'oubli dans lesquels il était tombé. En résumé, recherches problématiques, expérimentation étroite, ignorance de l'action thérapeutique et crainte exagérée des effets toxiques; méthode vicieuse pour le dosage et le mode d'administration; doute général sur les vertus fébrifuges, tel était l'état de la question de l'emploi des préparations arsenicales dans les fièvres intermittentes, lorsque parut l'ouvrage de M. Boudin. Réhabilitée et avancée par les faits consignés dans le *Traité des affections limniques,* cette question, pour être résolue rigoureusement et pour rendre tout dissentiment impossible, avait besoin d'être éclairée par des recherches ultérieures. Ce sont ces nouvelles recherches, faites dans le service de M. Boudin, ainsi que les modifications apportées par cet habile praticien dans le choix et le mode de dosage et d'administration de la préparation arsenicale, que je me propose de consigner dans ce travail.

Il y a utilité et opportunité de résoudre définitivement cette question.

A. Utilité s'il est vrai :

1° Que l'acide arsénieux puisse, dans la grande majorité des cas, en France, guérir aussi promptement que le sulfate de quinine (je ne parle pas des fièvres intermittentes pernicieuses graves);

2° Que des fièvres rebelles au sulfate de quinine et à toutes les préparations du quinquina peuvent être radicalement arrêtées par l'acide arsénieux;

3° Que les jours ni la santé du malade ne sont nullement exposés;

4° Qu'il y a économie très-considérable pour l'administration de la guerre et pour les individus pauvres, à substituer l'arsenic au quinquina;

5° Que le quinquina pouvant manquer ou devenir fort rare, il importe d'être fixé sur la valeur de celui de ses succédanés

qui, à mon avis, doit être placé immédiatement à la suite du sulfate de quinine dans la liste des médicaments fébrifuges.

6° Enfin, si le médecin a parfois le choix du fébrifuge, il y a devoir pour lui à prescrire les préparations arsenicales, toutes les fois qu'il a à traiter un malade indigent, ou lorsque la fièvre s'est montrée rebelle à la quinine.

B. L'opportunité résulte :

1° De la commission créée par M. le ministre du commerce ;

2° Du rapport demandé à l'Académie de médecine par M. le ministre de la guerre, sur les propriétés médicales éventuelles des eaux minérales d'Hamam-Mez-Koutin (Algérie), dans lesquelles les chimistes ont cru constater la présence d'une faible proportion d'arsenic ;

3° Des opinions contradictoires émises dans cette société savante et débattues dans la presse médicale.

Plusieurs des travaux publiés dans ces derniers temps, à l'appui des opinions de M. Boudin, sur l'innocuité et les propriétés thérapeutiques de l'acide arsénieux, ont été attaqués, les uns, parce qu'ils sont trop concis ; les autres, parce qu'ils renferment des caractères incontestables de partialité. On n'a pas craint, en effet, d'exagérer outre mesure les vertus fébrifuges de l'arsenic, qu'on ne se fit aucun scrupule de placer au-dessus du quinquina. Il faut le dire, ce sont là de ces exagérations qui ne peuvent trouver leur origine que dans un excès de zèle mal entendu au point de vue de l'opinion qu'on veut défendre, et du respect qu'on doit à l'homme de science et de bien. Mais on a oublié quelquefois, dans la discussion, que ces exagérations ne prouvent rien contre une bonne idée, ni contre ce qu'elle offre d'utile et d'applicable.

Le quinquina est un agent thérapeutique dont l'action médicamenteuse est tellement démontrée et si efficace dans la curation des fièvres intermittentes, qu'il y aurait, dans l'état

actuel de la science, danger et ingratitude à lui assimiler, d'une manière absolue, l'un quelconque de ses succédanés. Il est donc bien établi qu'il ne s'agit point, dans ce travail, de déprécier ni de mettre en doute les vertus fébrifuges du quinquina, pas plus que d'exagérer les propriétés antifébriles des préparations arsenicales.

Je veux faire connaître ce que l'expérience m'a appris touchant l'arsenic, ce qu'on peut et doit en attendre aujourd'hui dans le traitement des fièvres intermittentes. Je ne dirai rien qui ne puisse être considéré comme l'expression exacte de la réalité des choses.

Je signalerai aussi la part d'influence qui revient, dans la curation des affections paludéennes, aux vomitifs, à l'alimentation, et enfin à une bonne aération des salles.

Mon travail est basé sur de nombreuses observations (environ 200) recueillies dans le service médical de l'hôpital militaire de Versailles, où, depuis bientôt trois ans, M. Boudin a traité *toutes* les fièvres intermittentes exclusivement par l'acide arsénieux.

Tous les cas se ressemblent pour le fond et la forme; ils ne se distinguent les uns des autres que par des degrés différents dans la cachexie paludéenne et dans l'intensité des symptômes. Ainsi, je n'ai jamais observé à Versailles la fièvre intermittente dite *inflammatoire*. Je livre seulement à la publicité les cas d'affections paludéennes les plus tranchés. Ces faits, rapportés avec quelques détails, seront suffisants pour faire connaître les diverses variétés de la maladie et légitimer les conclusions que je déduirai de l'ensemble des observations que j'ai recueillies.

Voici l'ordre dans lequel j'ai présenté ces observations : 1° celles qui se rapportent à des malades déjà traités par le sulfate de quinine, et chez lesquels la maladie a récidivé ; 2° celles qui se rapportent à des malades qui ont été traités de prime abord par l'acide arsénieux ; 3° celles enfin qui ont trait à des malades chez lesquels on avait employé vainement

le sulfate de quinine par toutes les voies et le quinquina sous toutes les formes, et chez lesquels la tolérance n'avait plus lieu pour ces agents thérapeutiques.

OBS. I. — *Fièvre intermittente quotidienne traitée par le sulfate de quinine. Rechute. Traitement par l'acide arsénieux.* — Thibert, du 69e de ligne, au régiment depuis seize mois, de bonne et forte constitution, entra à l'hôpital le 1er décembre 1843, pour une fièvre intermittente quotidienne. A la fin de septembre dernier, même affection caractérisée par des accès complets de quatre heures de durée. Cette fièvre a été traitée par le sulfate de quinine (0,9 en trois jours). Pendant le mois de novembre, quinze jours après la sortie de l'hôpital, réapparition de la fièvre, d'adord non réglée, puis l'accès, mieux caractérisé, est régulièrement revenu le soir à six heures. Depuis la première attaque, le malade n'a pas complétement recouvré son état de santé habituelle; il a peu d'appétit, se fatigue bientôt par le moindre travail, et dit avoir perdu depuis quelques jours son courage et ses forces.

Aujourd'hui, pâleur générale des muqueuses, teinte jaune et plombée de la face, notamment du pourtour des lèvres et du nez. État remarquable de langueur et de tristesse; perte entière de l'appétit; langue blanchâtre, pâle; soif nulle; répugnance pour les boissons aqueuses émollientes; de temps à autre, donleur d'estomac et céphalalgie sus-orbitaire. Pas de diarrhée; rien au cœur, ni à la poitrine, ni à la rate; pas d'épanchement séreux, ni infiltration des membres; chairs consistantes. Pouls faible, 52 pulsations. Urines jaunes et troubles.

Le 2. Entré hier à neuf heures du matin; le malade garde le lit tout le jour; cependant, à six heures du soir, accès violent, précédé de malaise et de lassitude; frisson d'une heure et demie de durée, avec claquement des dents et tremblement général assez fort pour faire tomber à chaque instant les couvertures. Pendant ce stade, cardialgie peu intense, non continue; trois vomissements bilieux, douleurs lombaires assez fortes. A cet état succèdent la chaleur et la sueur. Terminaison complète de l'accès entre deux et trois heures du matin. Le malade dit avoir eu, les trois jours précédents, des accès aussi violents. (Soupe, riz au lait; acide arsénieux, 6 milligrammes, pour être pris à trois heures du soir.) (1)

---

(1) L'acide arsénieux est toujours administré en solution : 15 grammes d'eau en contiennent 6 milligrammes.

Le 3. Même état général. Le malade, qui n'a pas pris par oubli l'acide arsénieux, a eu hier soir, à cinq heures, un accès au moins aussi violent que celui du 1er décembre. (Soupe, riz au lait; acide arsénieux, 6 milligr., pour être pris à une heure après midi.)

Le 4. Hier, accès à sept heures du soir, caractérisé par frissons vagues sans tremblement; durée de ce stade, environ un quart d'heure; très-peu de chaleur et de suenr. Terminaison entière de l'accès, à huit heures et demie. Le malade, qui a bien dormi le reste de la nuit, se dit mieux, moins faible, et demande des aliments. La teinte jaune de la face a diminué. Pouls moins faible, 60 pulsations. (Quart de portion pour les aliments et le vin; acide arsénieux, 6 milligr., pour être pris à deux heures du soir.)

Le 5. Pas d'accès. Le malade se dit très-bien, sent ses forces et son appétit revenir; sa face perd sa coloration jaune, prend une teinte rosée, et n'exprime plus l'abattement ni la tristesse. Pouls à 62 pulsations. (Demie le matin, quart le soir pour les aliments et le vin; acide arsénieux, 4 milligr.) Le 6. Pas d'accès. L'amélioration fait des progrès. (Demi-portion tout le jour; du vin.) Le 7. État très-satisfaisant. (Trois quarts le matin, demie le soir pour les aliments; du vin.) Le 8. Le malade va de mieux en mieux; jamais, depuis la première invasion de la fièvre, il ne s'est senti *si dispos, si léger* (ce sont les expressions du malade). Depuis le 8 décembre jusqu'au 13, jour de sa sortie, il a mangé trois quarts et bu les trois quarts de vin.

En quittant l'hôpital, le malade avait recouvré ses forces, et sa figure exprimait le bien-être physique et moral.

Cette observation nous montre une fièvre intermittente simple, mais parfaitement caractérisée. Non-seulement nous voyons réunis les caractères d'un accès complet et assez violent, mais nous trouvons le malade dans un état physique et moral qui révèle l'influence prolongée soit de la cause déterminante des affections paludéennes, soit de la maladie elle-même. Le début du mal, chez cet homme, remonte, en effet, à plus de deux mois, car il n'est guère possible de considérer comme guérie une affection qui laisse à l'individu qui en a été atteint le sentiment d'un malaise qu'il n'avait point éprouvé avant l'invasion du mal. Cette opinion est, du

reste, confirmée par le retour des accès quelques jours après la sortie de l'hôpital.

On peut donc établir ; 1° que le malade qui fait le sujet de cette observation n'a pas été radicalement guéri, lors de la première invasion du mal, par l'emploi du sulfate de quinine; le sel a seulement empêché le retour des accès pendant un certain nombre de jours ; 2° que la maladie a non-seulement récidivé, mais qu'elle a encore revêtu une forme plus tranchée ; 3° que les nouvelles conditions hygiéniques où s'est trouvé le malade, après son entrée à l'hôpital, n'ont modifié ni l'heure du retour ni l'intensité des accès.

Il est incontestable que si, dans ce cas, l'on avait administré le sulfate de quinine au lieu de l'acide arsénieux, on aurait attribué la suppression de l'accès à l'emploi du quinquina ; donc il faut admettre que l'acide arsénieux a agi tout aussi efficacement que l'aurait fait le sulfate de quinine ; ou bien, si l'on refuse de rapporter la suppression de l'accès à l'acide arsénieux, on sera bien forcé de reconnaître que l'emploi du sulfate de quinine était complétement inutile pour obtenir la guérison, dans la limite du temps où elle s'est effectuée.

En résumé, il me semble qu'on peut déduire assez rigoureusement de cette observation : 1° qu'il n'y a pas eu simple coïncidence entre la suppression des accès et l'administration de l'acide arsénieux ; 2° que cet agent thérapeutique, bien que la récidive fût plus grave que la première atteinte, a fait cesser les accès tout aussi promptement qu'ils ont disparu la première fois, et qu'ils auraient disparu la seconde par l'emploi du sulfate de quinine ; 3° qu'après l'usage de l'acide arsénieux, le malade a recouvré l'appétit, ainsi que le bien-être physique et moral qu'il avait perdu depuis la première apparition du mal.

OBS. II. — *Fièvre intermittente quotidienne traitée par un vomitif et le sulfate de quinine. Rechute. Traitement par l'acide arsénieux.* — Rougier, du 11e de ligne, au régiment depuis quatre ans, de bonne

et forte constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé, a été pris, il y a quinze jours, dans la soirée, sans cause appréciable, de pesanteur de tête et de malaise général, accompagnés de légers frissons. A cet état, qui revenait le soir et durait environ trois heures, ont bientôt succédé des accès complets et assez violents de fièvre intermittente. Ces accès, qui venaient à une heure du soir, avaient une durée de douze heures. Le stade de frisson, accompagné de claquement de dents, de douleurs lombaires et de céphalalgie, durait une heure et demie environ. Le 30 octobre, l'administration d'un vomitif, le matin, fait manquer l'accès, mais il reparaît le 31 avec la même intensité et à la même heure. Le 1er novembre. Une prise de sulfate de quinine supprime l'accès pour ce jour. Le lendemain, 2, le malade ne prend pas de quinine, et l'accès reparaît; seulement le frisson a moins de durée. Le 3 et le 4, bien que le sulfate de quinine ait été administré, l'accès s'est reproduit, mais avec une diminution de plus de moitié, tant pour l'intensité que pour la durée.

Lors de l'apparition de la fièvre, le malade avait quitté le camp du Mont-Valérien depuis trois mois. Le 5 novembre 1843, jour de l'entrée à l'hôpital, il est dans l'état suivant : Teinte jaune sale de toute la surface du corps, et notamment des yeux, du pourtour des lèvres et des ailes du nez; muqueuses buccales et oculaires pâles; sentiment de grande faiblesse, de brisement général; lenteur dans les mouvements; peu d'embonpoint. Le malade dit avoir maigri depuis quelque temps, mais notamment depuis l'arrivée des accès. Jusqu'au jour où il prit le vomitif, il avait entièrement perdu l'appétit; depuis, il a moins de dégoût pour les aliments, et a pu manger un peu. Il n'y a ni toux, ni diarrhée, ni épanchement séreux. La rate est un peu tuméfiée. Pouls mou, 50 pulsations.

Le jour de l'entrée, l'accès a manqué; le malade n'a ressenti qu'un peu de malaise de quatre à cinq heures du soir.

Le 6. Rien de changé depuis hier dans l'état du malade, si ce n'est qu'il témoigne le désir de manger. (Soupe, riz au lait, eau gommeuse.) Le 7. Pas d'accès. Le malade se trouve mieux, et demande à manger. (Demi-portion le matin, quart le soir pour les aliments.) Le 8. Le malade se dit très-bien; cependant la coloration de la peau est à peu près la même, et l'état général a fort peu changé. (Demi-portion d'aliments; du vin.) Le 9. A peu près même état; cependant le malade semble avoir plus d'énergie. (Trois quarts de portion pour les aliments; du vin.)

Du 9 au 11, jour de la sortie, le malade a mangé les trois quarts. En quittant l'hôpital, il n'a pas encore retrouvé l'appétit ni le bien-être qu'il avait avant sa maladie ; la peau conserve une teinte jaune générale. Douze jours après sa sortie, les accès sont revenus avec plus d'intensité, notamment dans le premier stade, dont la durée était de deux heures et demie à trois heures; la céphalalgie, ainsi que les douleurs lombaires, se firent aussi sentir plus vivement; il y eut quelques vomissements bilieux, de la cardialgie; l'appétit se perdit entièrement. Depuis sa sortie de l'hôpital jusqu'au retour de la fièvre, le malade éprouva toujours un sentiment de malaise général. Après les trois premiers accès, il prit à l'infirmerie, pendant trois jours consécutifs, du sulfate de quinine. Le premier jour, l'accès a manqué ; il a reparu le second avec peu de violence; le troisième, malgré l'administration du sulfate de quinine, il a repris sa première intensité, et l'a conservée jusqu'après l'entrée à l'hôpital; seulement, les accès, qui, avant l'emploi du sulfate de quinine, venaient à onze heures du matin, ne se manifestaient plus, depuis son administration, que de quatre à cinq heures du soir. Le malade avait constamment gardé la chambre depuis sa sortie de l'hôpital. A l'entrée, le 4 décembre, même état général que celui que j'ai décrit plus haut; seulement tous les caractères en sont plus prononcés. Le facies exprime une grande tristesse et l'abattement ; le malade est taciturne. Arrivée à l'hôpital, midi. Accès complet à cinq heures du soir, terminé à six heures du matin. Insomnie ; trois vomissements bilieux pendant le stade de froid.

Le 5. Vermicelle gras ; acide arsénieux, 6 milligrammes.

Le 6. L'accès, venu à sept heures du soir, n'a duré que cinq heures ; le stade de frisson a manqué presque entièrement. Le malade, qui se dit beaucoup mieux, a pu dormir une partie de la nuit ; sa figure est meilleure; il demande à manger. (Quart pour les aliments, quart de vin ; acide arsénieux, 6 milligr.)

Le 7. Pas d'accès. Sommeil parfait depuis huit heures du soir jusqu'au moment de la visite du matin ; la teinte jaune a diminué ; la circulation est plus active, les muqueuses moins décolorées. Pouls à 60 pulsations. (Demi-portion d'aliments; du vin; acide arsénieux, 4 milligr.)

Le 8. Pas d'accès. Hier, dans la journée, cinq ou six selles bilieuses, abondantes. Amélioration notable de l'état général ; appétit prononcé. (Trois quarts de portion le matin, demi-portion le soir pour les aliments et le vin.)

Le 9. Le malade va de mieux en mieux ; il retrouve sa gaieté et sent ses forces revenir. (Trois quarts de portion pour les aliments ; du vin.)

Le malade va de mieux en mieux et mange les trois quarts de portion jusqu'au 16, jour de sa sortie. En quittant l'hôpital, il a tous les caractères d'une bonne santé, et se trouve dans un état de bien-être physique et moral qu'il n'avait pas éprouvé depuis la première invasion du mal.

Chez ce malade, l'administration d'un vomitif quelques heures avant l'accès en arrête le développement ; mais il reparaît le lendemain à la même heure et avec la même intensité.

Le 1er novembre, une prise de sulfate de quinine empêche, comme le vomitif, l'apparition de l'accès. Mais le malade n'ayant pas pris le sel fébrifuge le lendemain, l'accès revient avec les caractères des jours précédents, si l'on excepte un peu moins de durée dans le stade de frisson. Après deux nouvelles prises de sulfate de quinine, le 3 et le 4, les accès, d'abord réduits de plus de moitié, tant pour la durée que pour l'intensité, n'apparaissent plus à partir du 6 jusqu'au 14, jour de la sortie.

Malgré la suppression des accès, l'état général du malade s'améliore lentement ; la teinte jaune, terreuse, la tristesse ainsi que l'abattement sont encore très-appréciables, et le malade sort sans avoir recouvré entièrement l'appétit, ni le sentiment de bien-être qui accompagne un état de santé parfaite. (Pendant ce premier séjour à l'hôpital le malade n'a pris ni quinine, ni acide arsénieux).

Ainsi donc, ni l'emploi du vomitif, ni l'usage du sulfate de quinine, qui, chacun de leur côté, avaient pu arrêter les accès, n'avaient cependant procuré au malade une guérison radicale; l'influence de ces agents n'avait eu pour résultat qu'une amélioration passagère de l'état général et la suppression momentanée des accès, l'un des signes de l'affection paludéenne. En effet, le malade emporte, en quittant l'hôpital, un sentiment de malaise général qui augmente progressivement après sa

sortie, et se transforme bientôt en une fièvre intermittente, dont les caractères généraux et les accès sont plus tranchés et plus violents que ceux qui ont marqué le début de la maladie.

Malgré l'emploi du sulfate de quinine, les accès, après avoir manqué une seule fois, sous l'influence du sel fébrifuge, reparaissent avec leur intensité accoutumée. Le 4 décembre, jour de l'entrée à l'hôpital, accès complet et violent. Le 5, le malade prend 6 milligr. d'acide arsénieux, et l'accès, retardé, beaucoup moins intense, ne dure que cinq heures, tandis que la veille, sa durée avait été de plus de douze heures. Le 6, sous l'influence de la même dose d'acide arsénieux, l'accès manque complétement pour ne plus reparaître, et déjà l'appétit se fait assez vivement sentir. Il est impossible de contester que l'acide arsénieux n'ait été donné dans des conditions au moins aussi défavorables que le sulfate de quinine. Son emploi n'avait pas été précédé de l'administration d'un vomitif, l'économie paraissait plus profondément altérée que lors de la première entrée du malade à l'hôpital; cependant, non-seulement les accès disparaissent plus promptement, mais le malade recouvre encore l'appétit; le sommeil et les forces reviennent; l'état général s'améliore rapidement; la circulation se ranime; enfin, le facies prend une bonne coloration et n'exprime plus la tristesse ni l'abattement.

Peut-être faut-il regarder comme ayant contribué à la rapidité et à la solidité de la guérison, les évacuations bilieuses qui ont eu lieu spontanément. On ne saurait considérer, comme ayant contribué à la curation de la maladie, l'influence du séjour à l'hôpital; car le malade, exempt de service, placé à la salle des convalescents, se trouvait à peu près dans les mêmes conditions hygiéniques qu'après son entrée à l'hôpital; d'ailleurs, cette influence n'avait été de nul effet, lors de la première entrée.

Obs. III. — *Fièvre intermittente tierce traitée par le sulfate de*

quinine. Rechute. Traitement par l'acide arsénieux et le vomitif. — Durand, soldat au 16e léger, au régiment depuis un an, de constitution médiocre, avait habituellement joui d'une bonne santé jusqu'à son arrivée au camp de Lyon. Quelque temps après avoir été campé dans le voisinage de marais, il s'aperçut qu'il perdait ses couleurs, prenait une teinte jaune, et supportait moins facilement les fatigues du camp. Cependant il ne souffrait nulle part. Enfin, quinze jours avant la levée du camp, il a été pris tout à coup d'un tremblement général, avec douleur lombaire, sans vomissement. A cet état, qui a duré environ une demi-heure, a succédé une forte chaleur avec une très-violente céphalalgie frontale; pas de sueur; durée de l'accès, trois heures. La fièvre, du type tierce, n'a cédé qu'après la quatrième prise de sulfate de quinine. Bien que les accès aient disparu, le malade ne recouvrait ni ses forces ni son appétit.

Pendant la route de Lyon à Versailles, à la huitième étape, après avoir été mouillé, la fièvre est revenue, mais avec des accès complets, plus longs et plus violents. Encore réglée en tierce, elle venait entre une heure et deux heures du soir; la sueur était très-abondante. Trois prises de sulfate de quinine l'arrêtent une seconde fois; mais le malade avait perdu presque toutes ses forces. Arrivé à Versailles, bien qu'il fût caserné et se trouvât dans de meilleures conditions hygiéniques, il y eut une deuxième récidive.

A l'entrée, le 26 octobre 1843, le malade est dans l'état suivant: Face d'un jaune pâle, bouffie; muqueuses décolorées, teinte ictérique des yeux, chairs molles, enflure des pieds; chaleur de la peau au-dessous de l'état normal; pouls très-mou, lent, 48 pulsations. Le malade a beaucoup d'énergie morale; mais ses jambes, dit-il, refusent tout à fait le service. Il attribue la perte de ses forces à l'abondance des sueurs : langue pâle, couverte d'un léger enduit blanchâtre; appétit assez bien conservé; répugnance pour les boissons aqueuses; pas de diarrhée. Rien à noter dans la poitrine; tuméfaction de la rate.

Le malade entre le matin à l'hôpital : accès à une heure du soir. Le premier stade, peu caractérisé, ne dure pas plus d'un quart d'heure; le second, à son début, est marqué par une violente céphalalgie sus-orbitaire, avec douleur dans la région splénique, et chaleur vive générale, auxquelles succède une sueur fort abondante qui dure depuis deux heures jusqu'à huit. Deux accès semblables ont eu lieu avant l'entrée. Les jours d'apyrexie, le malade

ne souffre point; il mange avec assez d'appétit, mais il est toujours d'une grande faiblesse. Les jours d'accès, l'appétit est presque nul, et il existe un malaise général qui se fait sentir dès le réveil. Le malade, plus accablé, bâille sans cesse, et éprouve une oppression dont ne rend pas compte l'état physique des poumons.

Le 27. Hier, accès que je viens de décrire; ce matin, rien de changé dans l'état du malade, si ce n'est une diminution dans l'enflure des pieds, due au repos absolu du malade. (Demi-portion d'aliments; du vin.)

Le 28. Ce matin, à la visite, le malade éprouve le malaise qui apparaît les jours d'accès; du reste, même état général. (Bouillon le matin, demi-portion d'alim. le soir, demi-port. de vin tout le jour; acide arsénieux, 4 milligr., pris à huit heures du matin.)

Le 29. Hier, pas d'accés. Le malade n'a ressenti que quelques bouffées de chaleur, sans frissons ni sueur; le malaise qu'il éprouvait le matin a commencé à diminuer vers onze heures; il se dit mieux, moins faible, et demande à manger. (Demi-portion tout le jour; du vin.)

Le 30. Journée d'hier, très-bonne: les pieds ne sont plus enflés; la face est encore un peu bouffie; bouche amère; langue couverte d'un enduit blanc jaunâtre assez épais; sentiment de gêne à l'épigastre. Ce matin il y a un peu de malaise; mais il est beaucoup moins marqué que d'habitude: teinte ictérique assez prononcée; la circulation est toujours peu active. (Diète le matin, soupe le soir; potion vomitive; acide arsénieux, 4 milligr., pour être pris immédiatement après le vomissement.)

Le 31. Hier, vomissement d'une grande quantité de bile, et évacuations alvines abondantes. Le malade se trouve fort bien aujourd'hui: *il se sent léger, dispos et tout à fait guéri pour cette fois*, dit-il. La figure est bonne, il n'y a plus de bouffissure; la teinte ictérique a presque entièrement disparu; la circulation est ranimée, la peau chaude, le pouls plus résistant, 64 pulsations; rate à l'état normal. (Quart de port. d'alim. tout le jour; du vin.)

Le 1er novembre. Le malade va de mieux en mieux; il s'est promené hier. (Demie tout le jour, demie de vin.)

Le 2. Le malade se dit très-bien; appétit très-développé. (Trois quarts; demie; du vin.)

Le 3. Amélioration progressive. (Trois quarts de portion tout le jour; du vin.)

Le 4. Les chairs deviennent plus fermes; la face commence à se

colorer; bonne chaleur de la peau; pouls assez résistant, 68 pulsations. Chaque jour le malade se sent plus fort. (Trois quarts; du vin.)

Jusqu'au 12, jour de la sortie, le malade mange les trois quarts de portion d'aliments et de vin. En quittant l'hôpital, il a tous les signes et le bien-être d'une bonne santé.

Le malade qui fait le sujet de cette observation subit, sous l'influence du miasme marécageux, une modification qui s'annonce d'abord par un peu de diminution dans les forces, une tendance au repos et la décoloration de toute la surface cutanée qui blémit et prend, notamment à la face, une teinte jaune. Un peu plus tard, arrivent les accès, signes principaux de l'infection paludéenne. Quatre prises de sulfate de quinine sont nécessaires pour les faire disparaître. Bien que le malade ait gardé le repos depuis leur apparition, l'état général, qui s'était à peine amélioré, empire bientôt sous l'influence de la fatigue de la route et du mauvais temps. Les accès, plus violents, plus complets, terminés par d'abondantes sueurs, apparaissent une seconde fois; trois prises de sulfate de quinine les arrêtent de nouveau. Le malade, très-affaibli après cette seconde attaque, n'en continue pas moins la route et arrive, avec le régiment, à Versailles, grâce, dit-il, au vin et à la nourriture substantielle qu'il a pu se procurer. Caserné à son arrivée, et par conséquent dans des conditions hygiéniques meilleures que celles où il venait de se trouver, on voit néanmoins apparaître une deuxième récidive marquée non-seulement par des accès bien caractérisés, mais encore par une détérioration générale assez prononcée. Le 26, le malade entre à l'hôpital dès le matin; bien qu'il prît immédiatement le lit, l'accès apparut à l'heure accoutumée. Le 28, dès le réveil, le malade ressent le malaise qui marque les jours de pyrexie; tout annonçait donc l'approche et le retour de l'accès. Mais, à la suite de l'administration des 4 milligrammes d'acide arsénieux, à huit heures du matin, non-seulement l'accès ne reparaît pas, mais le malaise éprouvé par le malade diminue sensiblement trois heures

après la prise de l'arsenic. Le 30, comme il se manifestait encore quelques signes précurseurs de l'accès, mais notamment parce que l'état général s'amendait trop lentement et que l'appétit ne se faisait pas franchement sentir, on associa à l'arsenic le vomitif. Dès lors le malade marcha rapidement vers une guérison solide. Concluons de ce qui précède : 1° que le sulfate de quinine a pu arrêter les accès, mais qu'il n'a pas procuré une guérison radicale, puisqu'il y a eu deux récidives : il est vrai qu'il faut tenir compte des conditions dans lesquelles il a été administré ; 2° que l'acide arsénieux a agi plus promptement que le sulfate de quinine pour arrêter les accès ; 3° que l'influence du vomitif a été des plus heureuses sur la circulation, le développement de l'appétit et la rapidité de la guérison, peut-être favorisée aussi par l'énergie morale du malade.

OBS. IV. — *Fièvre intermittente quotidienne traitée par l'acide arsénieux et le vomitif.* — Faucher, soldat au 11e de ligne depuis quatre ans, de constitution assez bonne, ayant le système musculaire médiocrement développé, jouissant habituellement d'une bonne santé, est, depuis deux mois, à Saint-Cloud, où il a été caserné après dix mois de séjour au camp du Mont-Valérien. Il y a quinze jours, étant en faction pendant la nuit, il a été pris tout à coup de frissons, suivis de chaleur et de sueur. Durée de l'accès, environ quatre heures.

Depuis, chaque jour, les accès se sont reproduits de cinq à sept heures du soir, d'abord avec peu d'intensité, puis avec violence. Les quatre jours qui ont précédé l'entrée, le stade de froid, qui était accompagné de claquement de dents, de vomissement bilieux, de douleurs lombaires, de gastralgie et souvent de vives douleurs dans la région du cœur, avait une durée de deux heures environ. Le stade de chaleur, marqué par une vive céphalalgie qui apparaissait vers la fin du stade précédent, ne dépassait guère une heure. Le troisième était caractérisé par une sueur très-abondante, fatiguant et épuisant considérablement le malade. Il se prolongeait assez souvent jusque vers trois ou quatre heures du matin. Depuis l'invasion du mal, cet homme a été dans l'impossibilité de faire son service. Il a gardé à peu près constamment le lit à la caserne, sans presque rien manger et sans en éprouver le désir.

La chute des forces, ainsi que l'amaigrissement, ont été rapides.

Le 24, à l'entrée, teinte plombée de la peau, avec coloration en jaune pâle des yeux et du pourtour des lèvres; muqueuses décolorées; langue plate, pâle, couverte d'un léger enduit blanc jaunâtre; pas de soif; répulsion pour les boissons aqueuses; appétit nul; pas de diarrhée; jamais de toux; rien à noter dans les organes thoraciques, si ce n'est le peu d'énergie des battements du cœur. La rate plus volumineuse que d'habitude; chairs molles; une très-légère infiltration des pieds. Le malade ne se plaint d'aucune douleur, mais d'un malaise général, d'une faiblesse excessive et de la perte entière de son courage. Sa figure exprime le plus grand affaissement, il se sent à peine assez d'énergie pour se déplacer du lieu qu'il occupe; il paraît indifférent à tout ce qui se passe autour de lui; chaleur de la peau au-dessous de l'état normal; pouls petit, très-mou, 52 pulsations; urines orangées, troubles, moins abondantes que dans l'état de santé.

Le 24 octobre 1843, jour de l'entrée à l'hôpital, accès violent et complet à sept heures du soir, terminé le lendemain matin à cinq heures, semblable à ceux des jours précédents.

Le 25. Même état qu'hier. (Diète tout le jour; acide arsénieux, 4 milligrammes.)

Le 26. Le malade n'a ressenti, hier soir, vers huit heures, que de légers frisons, suivis de très-peu de sueur; durée de cet accès, environ deux heures; sommeil assez bon; le reste de la nuit, même état général. (Vermicelle gras; acide arsénieux, 4 milligrammes.)

Le 27. Accès nul; moins d'abattement; un peu d'appétit. (Soupe; riz au lait.)

Les 28 et 29. Pas d'accès; un peu d'amélioration et d'appétit. (Quart de portion d'aliments; du vin.)

Le 30. Hier soir, frissons pendant une demi-heure, suivis de chaleur et de sueur. Durée de l'accès, trois heures. Le malade paraît moins bien que les jours précédents; la circulation ne se ranime pas; l'affaissement est toujours grand, et la teinte ictérique plus prononcée; cependant le malade demande à manger. (Demi-port. d'alim. et de vin; acide arsénieux, 4 milligrammes.)

Le 31. Pas d'accès hier; le malade paraît sensiblement mieux. La chaleur de la peau est plus élevée. (Trois quarts et demi-portion d'aliments et de vin.)

Le 1er novembre. Même état qu'hier. Même prescription.

Le 2. Hier, le malade est descendu à la cour; ce n'est qu'avec beau-

coup de peine qu'il a pu remonter dans les salles. A six heures du soir, accès violent, claquement de dents, tremblement général, douleurs lombaires très-fortes, *comme si on lui avait donné un coup de barre de fer*, dit le malade ; puis, céphalalgie et trois vomissements bilieux, chaleur et sueur. La sueur très-abondante a mouillé tous les matelas. Il n'a pas mangé ses aliments hier. Ce matin, appétit nul ; sentiment de gêne à l'épigastre ; teinte ictérique prononcée ; affaissement des plus marqués. Le malade, sans énergie, répond à peine aux questions qu'on lui adresse. Pouls très-faible, 44 pulsations. (Diète le matin ; soupe le soir; potion vomitive; acide arsénieux, 4 milligrammes.)

Le 3. Hier soir, quelques frissons légers, suivis de très-peu de sueur; nuit bonne ; changement des plus remarquables dans l'état du malade ; teinte ictérique considérablement diminuée; la figure est animée ; la circulation plus active; il semble au malade qu'il est déchargé d'un poids énorme qui l'accablait ; appétit très-prononcé. Le vomitif a procuré l'évacuation d'une grande quantité de bile et plusieurs selles bilieuses. (Quart de portion d'aliments et de vin ; acide arsénieux, 2 milligrammes.)

Le 4. Accès nul; sommeil parfait. L'amélioration fait des progrès très-rapides. Le malade éprouve un bien-être qu'il n'avait pas ressenti depuis longtemps. Sa figure exprime le contentement et la gaieté ; il est resté levé hier presque toute la journée et a beaucoup parlé avec ses camarades ; jusque-là, il avait gardé un silence absolu. Peau chaude ; pouls assez résistant, 64 pulsations ; appétit très-prononcé. (Demi-port. le matin; quart de port. le soir; du vin.)

Le 5. La face, les yeux et les muqueuses perdent leur teinte ictérique et leur pâleur. Le malade a retrouvé, dit-il, ses forces et son courage. Il rapporte au vomitif le bien-être qu'il éprouve. (Demi-portion d'aliments tout le jour ; du vin.)

Le 6. Amélioration progressive. (Trois quarts ; demi-port. d'al. ; du vin.)

Le 7. Etat parfait. (Trois quarts de portion ; du vin.)

Du 7 jusqu'au 12, jour de la sortie, le malade mange les trois quarts de portion d'aliments et boit les trois quarts de portion de vin. A sa sortie, qui ne lui a été accordée que sur ses instances, il a une force et une gaieté qu'on aurait été loin de lui soupçonner. Pouls développé, résistant, 72 pulsations.

Si, chez ce malade, on n'a pas fait usage du vomitif dès son entrée à l'hôpital, c'était dans l'intention d'apprécier l'in-

fluence de l'acide arsénieux dans la curation de la maladie, La fièvre intermittente était bien caractérisée, et les accès, violents et complets, ont été constatés à l'hôpital. Le 25, 4 milligrammes d'acide arsénieux administrés six heures avant l'accès le suppriment presque en totalité, puisque le malade n'a éprouvé que quelques légers frissons et fort peu de sueur. Le 26, la même dose d'acide arsénieux en fait disparaître ces derniers indices. Les deux jours suivants, bien que le fébrifuge n'ait pas été continué, il y a néanmoins un peu d'appétit et d'amélioration dans l'état général. Le 29, accès le soir. Le 30, 4 milligrammes d'acide arsénieux. Ce jour, ni le suivant, pas d'accès; mais l'amélioration qui s'était manifestée avait disparu depuis l'accès du 29. Le 1er novembre, retour des accès, avec la violence qu'ils avaient lors de l'entrée du malade à l'hôpital. Le 2, potion vomitive, et 4 milligr. d'acide arsénieux. Ce jour, l'accès n'est plus marqué que par quelques légers frissons, suivis de peu de sueur. Le lendemain, 3, 2 milligrammes d'acide arsénieux font disparaître définitivement l'accès.

D'après cette observation, il me paraît impossible de ne pas reconnaître l'efficacité de l'acide arsénieux contre le retour des accès dans les fièvres intermittentes. En effet, nous voyons la suppression des accès suivre immédiatement l'emploi de l'acide arsénieux, puis ceux-ci revenir deux ou trois jours après qu'on en a cessé l'usage; enfin, disparaître de nouveau dès qu'on administre ce fébrifuge. Ici, il est impossible de rapporter la suppression des accès aux nouvelles conditions hygiéniques où se trouvait le malade depuis son entrée à l'hôpital; s'il en eût été ainsi, l'accès, une fois disparu, n'aurait pas dû se reproduire.

Mais si l'efficacité de l'arsenic contre le retour des accès nous est démontrée par cette observation, elle nous fait voir aussi qu'administré le nombre de fois strictement nécessaire pour arrêter l'accès, cet agent n'exerce pas la même influence

sur le fonds de la maladie ; à cette dose du moins, lorsqu'elle a déjà modifié assez profondément l'économie. Il est certain que le vomitif, dans le cas que je viens de rapporter, a été un auxiliaire puissant pour obtenir une guérison prompte et radicale.

OBS. V. — *Fièvre intermittente tierce. Traitement par le sulfate de quinine. Rechute. Type tierce, puis quotidien. Traitement par l'acide arsénieux et les vomitifs.* — Laurens, du 5e léger, au régiment depuis trois ans, de forte constitution, ayant le système musculaire développé, est resté pendant deux ans au camp de Fontenay sans y avoir été malade. Il est à Versailles depuis quatre mois. Au mois d'août dernier, il a été pris d'une fièvre intermittente tierce, pour laquelle il est resté vingt-trois jours à l'hôpital de Versailles, où il a été traité par le sulfate de quinine.

Depuis sa sortie, la fièvre a souvent reparu. Trois fois il l'a arrêtée à la caserne par trois prises de sulfate de quinine. Depuis quinze jours, de tierce qu'elle était primitivement elle a revêtu le type quotidien. L'accès assez intense, de quatre à six heures de durée, apparaît de deux à quatre heures du soir. Depuis la première invasion du mal, le malade est toujours resté faible, sans courage, n'a jamais pu faire son service. Il a perdu le goût et l'appétit. L'amélioration qu'il a éprouvée lors de son premier séjour à l'hôpital a disparu bientôt après sa sortie. Il y a six jours, il prit un vomitif, et l'accès ne parut pas ; mais le lendemain il revint avec plus d'intensité qu'à l'ordinaire. Au deuxième stade, la chaleur et la céphalalgie furent si prononcées, qu'on crut devoir lui faire une saignée. A partir de ce moment, il perdit le reste de ses forces, et ses pieds s'infiltrèrent. Il ne pensait pas à manger, et il serait resté, dit-il, dans la même place tout le jour, s'il n'avait été excité par ses camarades à prendre un peu d'exercice.

Aujourd'hui 8 octobre 1843, décoloration entière des muqueuses, teinte jaune sale, plombée de toute la peau, et notamment de la face ; yeux excavés, comme inanimés ; taches violettes sur les membres. Température de la peau au-dessous de l'état normal ; mains et pieds livides, froids : ceux-ci sont œdématiés ; sentiment d'oppression et de faiblesse extrême ; abolition entière du goût et de l'appétit ; répugnance pour les boissons aqueuses émollientes ; bouche amère ; langue pâle, plate et humide, couverte d'un enduit assez épais, blanc jaunâtre. Pouls filiforme, très-mou, 44 pulsations. La figure et la voix expriment une profonde tristesse et

l'accablement. Il y a affaissement extrême des fonctions organiques et animales. Rien à noter dans les organes thoraciques, si ce n'est la faiblesse des battements du cœur et des bruits respiratoires. La rate est très-sensiblement plus volumineuse qu'à l'état normal. Pendant l'accès, le malade éprouve une douleur sourde dans la région splénique. Il n'y a pas d'épanchement appréciable dans l'abdomen : urine rare, jaune et trouble. Hier soir, accès avec frisson, puis tremblement général et claquement des dents ; chaleur, céphalalgie, sueur. Durée de l'accès, six heures. (Diète le matin, soupe le soir ; potion vomitive ; acide arsénieux, 0,004, pour être pris à midi.)

Le 9. Pas d'accès hier. Circulation ranimée. Le malade se trouve bien du vomitif, qui a diminué beaucoup la gêne de la région épigastrique et l'amertume de la bouche ; un peu d'appétit ; chaleur de la peau normale. (Soupe tout le jour ; acide arsénieux, 4 milligr.)

Le 10. Léger accès hier à une heure du soir. Le malade n'a pris l'acide arsénieux qu'après midi. Il y a une amélioration sensible dans l'état général ; appétit assez prononcé. (Quart de portion d'aliments et de vin ; acide arsénieux, 4 milligr., pour être pris à huit heures du matin.)

Le 11. Pas d'accès ; même état ; 60 pulsations ; chaleur de la peau normale ; l'œdème des pieds a disparu ; appétit. (Demi-port. d'alim. et de vin ; acide arsénieux, 4 milligr.)

Les 12 et 13. Même état. (Trois quarts de port. le matin, demi-port. le soir ; du vin.)

Le 14. Depuis le 11, le malade n'a pas d'accès ; mais son état est resté stationnaire. Aujourd'hui le malade est moins bien ; il est redevenu taciturne, se sent moins d'appétit, reste immobile. La teinte ictérique est plus prononcée ; langue un peu chargée. (Même prescription.)

Le 15. Hier, le malade a donné ses aliments à ses camarades : quelques frissons dans la soirée, puis sueur très-peu abondante ; perte de l'appétit ; bouche amère ; oppression ; sentiment de plénitude à l'épigastre. Affaissement plus grand ; pouls petit, 52 pulsations. Chaleur de la peau au-dessous de l'état normal. (Demi-port. d'alim. et de vin ; acide arsénieux, 4 milligr.)

Le 16. Pas d'accès ; moins d'abattement ; chaleur de la peau normale. Le malade se dit mieux. (Demi-port. d'alim. et de vin.)

Le 17. Hier, à trois heures du soir, accès complet de cinq heures de durée ; perte entière de l'appétit, du goût ; sentiment d'oppression et de plénitude dans la région épigastrique ; soif assez vive

langue humide, plate, couverte d'un enduit blanc jaunâtre assez épais; chaleur de la peau au-dessous de l'état normal; taches violettes sur les membres abdominaux et thoraciques. Le malade est comme anéanti; il répond à peine aux questions qu'on lui adresse. Faiblesse extrême; un peu de céphalalgie sus-orbitaire; coloration jaune sale, plombée de la face; pouls très-petit, mou, 48 pulsations. (Bouillon le matin, soupe le soir; potion vomitive; acide arsénieux, 4 milligr.)

Le 18. Pas d'accès; seulement quelques frissons légers, suivis de moiteur. Le malade a vomi une très-grande quantité de bile. *Le vomitif*, dit-il, *lui a ôté un poids qui l'étouffait.* Amélioration générale très-marquée; circulation ranimée; chaleur de la peau normale; beaucoup moins d'abattement; appétit; langue blanchâtre; très-peu de soif. (Quart de portion d'aliments et de vin; acide arsénieux, 4 milligr.)

Le 19. Pas le moindre indice d'accès; état très-satisfaisant. Le malade s'est levé hier et a causé longtemps avec ses camarades, ce qu'il n'avait pas fait depuis son entrée à l'hôpital. La teinte ictérique a considérablement diminué depuis le 17; la figure n'exprime plus l'abattement; pouls très-développé, 64 pulsations; bonne chaleur de la peau. Le malade dit *se sentir tout à fait léger et éprouver un véritable appétit.* (Demi-port. le matin, quart de port. le soir; du vin; acide arsénieux, 4 milligr.)

Le 20. La figure, bonne, s'épanouit, n'exprime plus la tristesse. Le malade dit ne s'être jamais trouvé aussi bien depuis qu'il est malade, et rapporte ce bien-être surtout au vomitif. Il demande que ses aliments soient augmentés. (Demi-port. d'alim. et de vin.)

Le 21. L'amélioration fait de rapides progrès. Le malade s'est promené une partie de la journée. (Trois quarts; demi-port. d'al.; du vin.)

Le 22. A partir du 22 jusqu'au 3 novembre, jour de la sortie, le malade a mangé les trois quarts de portion d'aliments et de vin. Il a toutes les apparences d'une bonne santé; la teinte jaune, entièrement disparue, a été remplacée par une bonne coloration. Cet homme est d'une énergie et d'une gaieté qu'on aurait été loin de lui supposer. Pouls développé, résistant, 68 pulsations. Sa sortie ne lui est accordée que sur sa demande réitérée.

Le sujet de cette observation reste deux ans au camp de Fontenay sans y être malade. Quatre mois après l'avoir quitté, il est pris d'une fièvre intermittente tierce pour la-

quelle il entre à l'hôpital de Versailles. Traité par le sulfate de quinine, il sort au bout de vingt-trois jours.

Bientôt après la sortie, la fièvre reparaît et détermine dans l'économie les effets de l'infection paludéenne longtemps prolongée. Les accès, après avoir cédé, tantôt au sulfate de quinine, tantôt au vin chaud ou au vomitif, reparaissent néanmoins avec plus d'intensité, et l'on voit l'économie s'appauvrir de plus en plus sous l'influence de l'affection limnhémique. Une saignée achève d'enlever au malade le reste de ses forces, et bientôt apparaissent l'infiltration des pieds et une décoloration plus marquée des tissus cutanés et muqueux. La circulation se ralentit considérablement; la chaleur de la peau tombe au-dessous de l'état normal, et l'on observe un affaissement extrême des fonctions organiques et animales. Ainsi donc, le sulfate de quinine, le vin chaud, le vomitif, qui, employés tour à tour, ont pu arrêter momentanément les accès, ont été sans efficacité pour la cure radicale de la maladie, et la saignée aggrave l'état du malade. Il était donc difficile de rencontrer des conditions plus défavorables. Cependant, sous l'influence simultanée du vomitif et de l'acide arsénieux, administré le 8, l'accès manque. Le 9, il y a une amélioration sensible dans l'état du malade. Cependant un accès léger apparaît à une heure; mais il est juste de remarquer que l'acide arsénieux n'ayant été pris que quelques instants avant l'arrivée de l'accès, son action fébrifuge n'avait pu s'exercer. Administré le 10, à huit heures du matin, l'accès manque. Après s'être amélioré assez notablement sous l'influence de cette médication, l'état du malade reste stationnaire. Puis, un accès léger reparaît le 14. Une prise d'acide arsénieux, le 15, le fait manquer. Le fébrifuge supprimé le 16, un violent accès apparaît ce jour, et le malade retombe dans l'état où il était à l'entrée. L'administration d'un nouveau vomitif, puis de l'acide arsénieux, change promptement l'état du malade, qui, à la suite de vomissements bilieux abondants, marche promptement vers la guérison.

Sans doute, il est difficile de déterminer la part d'influence qui revient à chacun de ces deux agents dans la curation de la maladie. Il est incontestable que le vomitif a joué un rôle très-important; mais cette observation ne prouve pas moins l'action antipériodique de l'acide arsénieux; seulement, il est arrivé dans ce cas ce qui arrive aussi par le sulfate de quinine, savoir : que ces deux agents thérapeutiques, prompts à supprimer momentanément les accès, n'empêchent pas toujours les rechutes, et qu'administrés seulement à doses et en quantités nécessaires pour amener la suppression des accès, ils ne peuvent, dans de telles conditions, procurer une guérison radicale, si on ne leur adjoint pas le vomitif suffisamment répété.

OBS. VI. — *Fièvre intermittente larvée. Traitement par l'acide arsénieux.* — Holl, soldat au 9e régiment de cuirassiers, de très-forte constitution, ayant le système musculaire très-développé, éprouvait depuis trois ou quatre jours, notamment dans l'après-midi, un peu de malaise, de lassitude et de céphalalgie, lorsque, le 19 octobre 1843, à trois heures du soir, survint un accès de fièvre caractérisé comme il suit : Froid et tremblement général avec crampes et secousses très-fortes dans les lombes et les membres; oppression, pesanteur de tête et soif. Après cet état, qui a duré environ deux heures, chaleur sèche, brûlante, avec soif vive; un vomissement bilieux; rougeur de la peau; céphalalgie sus-orbitaire très-douloureuse; enfin, sueur à peine sensible. Durée totale de l'accès, six heures. Le 20 et le 21, même accès à la même heure. Le 22, accès à la même heure et de la même durée, mais modifié dans sa manifestation. Le frisson est à peine sensible; mais le malade ressent à la tête un froid glacial, puis une sorte d'engourdissement, puis enfin une céphalalgie excessivement forte, plus aiguë à gauche qu'à droite. Cette céphalée lancinante oblige le malade à garder le lit et lui arrache des cris. En même temps, chaleur forte et sèche, notamment de la face et de la tête; démangeaison, rougeur et gonflement de ces mêmes parties. A la fin de l'accès, moiteur générale. Le 23, accès semblable à celui du 22, à l'exception du frisson et du froid de la tête, qui ont été moins marqués; mais la douleur, au moins aussi aiguë, s'était étendue à la langue et au pharynx. Ces organes paraissent aussi avoir été le siége de contractions tétaniques. Durée de l'accès, cinq heures.

Dans l'apyrexie, le malade n'éprouve qu'un peu d'engourdissement et de gêne, plutôt que de douleur, dans les parties qui sont si vivement affectées pendant l'accès.

Le 24, à l'entrée, état général bon : la figure, de bonne coloration, exprime plutôt la souffrance que l'abattement. Appétit assez bien conservé ; pouls développé, 72 pulsations. Rien à noter dans les divers organes.

A trois heures du soir, accès en tout semblable à celui du 23.

Le 25. Ce matin, le malade, un peu pâle, se sent moins d'appétit qu'à l'ordinaire. L'accès d'hier l'a beaucoup fatigué. (Bouillon tout le jour ; acide arsénieux, 6 milligr., pour être pris à onze heures du matin.)

Le 26. L'accès, toujours caractérisé par la céphalalgie, retardé de deux heures, a été réduit de plus de moitié pour l'intensité et la durée. (Soupe ; riz au lait ; acide arsénieux, 6 milligr.)

Le 27. Pas d'accès hier. Le malade se trouve très-bien ; sa tête, dit-il, est devenue légère. (Quart de port. d'alim. et de vin.)

Les 28 et 29, l'amélioration continue. (Demi-port. d'al. et de vin.)

Le 30. Tête tout à fait libre ; l'engourdissement et la pesanteur ont complétement disparu. (Trois quarts de port. d'al. et de vin.)

Du 1er au 5 novembre, jour de sa sortie, le malade mange les trois quarts de portion d'aliments et de vin, et quitte l'hôpital dans un parfait état de santé.

OBS. VII. — *Fièvre intermittente quotidienne transformée en fièvre larvée. Traitement par l'acide arsénieux et le vomitif.* — Poiffaut, soldat au 14e léger, depuis cinq ans au régiment, de bonne constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé, n'ayant jamais fait de maladie grave, a été pris, le 25 septembre 1848, à neuf heures du soir, de douleurs lombaires, de brisement des membres et de frissons le long de la colonne vertébrale. A cet état, qui a duré environ une heure, a succédé une chaleur brûlante, puis très-peu de sueur. Accès terminé à minuit. Depuis, les accès sont revenus tous les soirs à la même heure, mais en augmentant d'intensité et de durée. Les deux derniers furent accompagnés d'une céphalalgie assez forte.

A l'entrée, peau et muqueuses un peu décolorées ; teinte jaune de la face et notamment des yeux ; forces sensiblement diminuées ; perte entière de l'appétit ; bouche amère ; langue couverte d'un enduit blanc jaunâtre, épais ; soif vive. A l'exception de la faiblesse, de la perte de l'appétit et de la soif, le malade se trouve

assez bien pendant la rémission. Rien à noter dans la poitrine ni l'abdomen. (Potion vomitive le jour de l'entrée.)

Le 2. Hier soir, accès à neuf heures et demie, terminé à deux heures et demie du matin, et caractérisé comme il suit : A dix heures, douleurs lombaires ; brisement douloureux des membres, soif vive ; céphalalgie ; nausées. A onze heures, chaleur sèche ; brûlante ; céphalalgie frontale pulsative assez intense ; agitation ; soif vive. A cet état succède une sueur peu abondante. Ce matin, le malade est dans le même état qu'hier. Constipation. (Riz au lait ; eau gommeuse, 2 ; pédiluve sinapisé ; potion émeto-cathartique.)

Le 3. Accès hier à la même heure, et semblable à celui du 1er ; même état général ; moins de soif. (Bouillon ; eau gommeuse, 2 pots ; acide arsénieux, 2 centigr., deux fois : la dernière prise à six heures.)

Le 4. Accès retardé de deux heures et diminué de plus de moitié pour l'intensité et la durée, suivant le rapport du malade. Cependant l'état général ne s'améliore pas. L'appétit, qui s'était fait sentir un peu, après la potion émeto-cathartique, s'est perdu. (Pruneaux ; acide arsénieux, 2 centigr., trois fois : la dernière prise à sept heures du soir.)

Le 5. Pas d'accès ; amélioration sensible dans l'état du malade ; figure moins jaune ; peu d'appétit. (Soupe, pruneaux ; acide arsénieux, 2 centigr.)

Le 6. Moins d'appétit qu'hier ; figure exprimant un peu la souffrance. Le malade a été pris, ce matin à cinq heures, d'une céphalée assez violente, occupant l'œil et la région sus-orbitaire gauches ; l'œil est encore fortement injecté ; la douleur a disparu à six heures et demie. En ce moment le malade est en moiteur. (Riz au lait ; pruneaux ; eau gommeuse, 2 pots ; acide arsénieux, 2 centigr., deux fois.)

Le 7. Ce matin, à quatre heures, légers frissons pendant quelques minutes, puis céphalée des plus violentes, occupant l'œil gauche, l'arcade sourcilière et la région frontale du même côté ; des larmes abondantes s'écoulaient de l'œil. La douleur était si violente, que le malade se roulait sur son lit, et ne savait que devenir. Cet état a persisté depuis quatre heures jusque vers sept heures. A la visite, une moiteur générale couvre le malade ; la conjonctive de l'œil gauche, vivement injectée, forme un léger chémosis dont il ne restait plus de trace à cinq heures du soir. Appétit entièrement perdu ; teinte ictérique revenue ; bouche

pâteuse, amère; soif vive. (Riz au lait; eau gommeuse, 2 pots; acide arsénieux, 2 centigr., deux fois.)

Le 8. Accès beaucoup moins violent; le mal de tête, très-peu intense, n'a pas duré plus d'un quart d'heure. Hier, quatre vomissements bilieux provoqués par une potion vomitive prescrite à la visite du soir; appétit; pas de soif; teinte ictérique bien moins prononcée. (Riz au lait; eau gommeuse, 2; acide arsénieux, 2 centigrammes deux fois.)

Le 9. Pas d'accès; bonne nuit; bon sommeil. Le malade ne s'est jamais si bien trouvé depuis l'invasion de la maladie. La figure n'exprime plus la souffrance. Pouls un peu plus développé, 64 pulsations. (Soupe; riz au lait; eau gommeuse, 2; acide arsénieux, 1 centigr., deux fois.)

Le 10. Pas d'accès. L'amélioration continue; appétit développé. (Quart de port. d'al.; riz au lait; acide arsén., 1 centigr., deux fois.)

Le 11. Le malade va de mieux en mieux; les forces reviennent. (Demi-portion; acide arsénieux, 1 centigr.)

Le 12. État très-satisfaisant. (Trois quarts de portion le matin, demi-portion le soir; acide arsénieux, 1 centigr.)

Depuis le 13 jusqu'au 19, jour de sa sortie, le malade reçoit les trois quarts de portion et du vin.

OBS. VIII. — *Fièvre intermittente larvée. Traitement par l'acide arsénieux et le vomitif.* — Camguillem, soldat au 73ᵉ de ligne, de constitution assez forte, habituellement de bonne santé, a eu à Tarbes, il y a deux ans, une fièvre intermittente tierce dont la durée a été de quatre mois. Souvent supprimés après plusieurs prises de sulfate de quinine, les accès reparaissaient quatre ou cinq jours après la suppression du fébrifuge.

Cet homme, après avoir remarqué un léger dérangement dans sa santé habituelle, a été pris, le 12 novembre, à sept heures du matin, de légers frissons parcourant le dos, avec sentiment de brisement douloureux dans les lombes et les membres; puis, au bout d'un quart d'heure environ, survint une céphalalgie des plus violentes, occupant les globes oculaires et les régions frontales; la peau était aussi devenue chaude et sèche. Accès terminé à midi, sans sueur. Les accès sont revenus quotidiennement à la même heure. Mais, depuis quatre jours, leur intensité est extrême; ils sont caractérisés presque exclusivement par une céphalée des plus violentes. Tantôt il semble au malade qu'on lui brise les régions frontales à coups de marteau; tantôt il ressent des élancements très-vifs. Par instants la douleur est si forte, qu'il quitte son lit

et ne sait ce qu'il fait ni où il va. En même temps les globes oculaires sont très-douloureux, les larmes coulent abondamment; la vue est trouble et les yeux vivement injectés. Ces accès s'annoncent par un malaise général et un peu de froid dans les parties qui sont le siége de la douleur. Ils se terminent par la disparition graduelle de la céphalée et une légère moiteur. Pendant l'apyrexie, il ne reste qu'un peu d'engourdissement dans les parties qui sont le siége du mal, et la rougeur des yeux disparaît entièrement. Le malade montre, avec le doigt, la réunion du tiers interne avec les deux tiers externes des sourcils, comme le point de départ de la douleur qui se répand dans les paupières et les régions frontales. Appétit entièrement perdu; bouche amère; langue couverte d'un enduit blanc jaunâtre, assez épais; sensation de gène à l'épigastre; soif assez vive pendant les accès; teinte ictérique de la face et des yeux; sentiment de faiblesse. Le malade s'est fortement attristé par la crainte du retour des accès; pouls peu développé, 60 pulsations.

Le 21 novembre 1845, jour de l'entrée, le malade prend un vomitif, qui provoque de nombreux vomissements bilieux.

Le 22. Ce matin, le malade se trouve très-bien de l'effet du vomitif; il ressent un peu d'appétit; la gène à l'épigastre a disparu; il a moins de soif; néanmoins, il éprouve le malaise qui, chaque jour, lui annonce le retour de l'accès. La figure est un peu pâle, et les yeux sont sans injection. (Soupe et pruneaux; eau gommeuse, 2 pots; acide arsénieux, 2 centigr., pour une seule prise immédiatement après la visite. Acide arsénieux, 2 centigr., pour deux prises, l'une à dix heures du soir, l'autre le lendemain à cinq heures du matin.)

Le 23. Hier, à neuf heures du matin, retour de l'accès avec l'intensité et les caractères ci-dessus indiqués. Pendant sa plus grande violence, le malade ne répond pas aux questions qu'on lui adresse, à moins qu'on ne le presse très-vivement de parler; il semble étranger à tout ce qui l'entoure; il craint la lumière; son agitation et sa figure annoncent la plus grande souffrance. Cet accès s'est terminé à midi par une moiteur générale très-prononcée. Pendant son acuité, la face était rouge, la peau chaude, sèche; les conjonctives étaient vivement injectées. Cette injection n'a paru que quelque temps après l'arrivée de la névralgie. Le pouls, assez développé, était à 76 pulsations. Ce matin, même état du malade qu'hier, excepté qu'il n'éprouve pas le malaise qui précède l'accès. (Même prescription que celle du 22.)

Le 24. La figure du malade exprime le contentement; il n'a ressenti hier qu'un très-léger mal de tête vers dix heures et demie, et un peu de sueur à onze heures. L'appétit ne se prononce pas. La bouche est encore amère et la langue chargée; un peu de toux. (Même prescription que celle du 22 et du 23; plus, une potion opiacée.)

Le 25. Pas d'accès; mais l'appétit ne revient pas; il y a encore une légère teinte ictérique; un peu de toux. On entend quelques râles bronchiques. Le malade redemande un second vomitif. (Soupe; riz au lait; acide arsénieux, 2 centigr., pour deux prises; eau gommeuse, 2 pots; potion vomitive.)

Le 26. Le malade se trouve beaucoup mieux. (Même prescription que celle d'hier, à l'exception du vomitif.)

Le 27. Pas d'accès. Le malade va de mieux en mieux; l'appétit se fait sentir; la teinte ictérique a disparu presque en entier, ainsi que la toux. (Quart de portion le matin, soupe le soir; riz au lait; quart de vin; acide arsénieux, 2 centigr.)

Le 28. État très-satisfaisant; appétit. (Quart de portion; riz au lait; quart de vin; acide arsénieux, 2 centigr.)

Le 29. Même état. (Demi-portion le matin, quart de portion le soir; du vin; acide arsénieux, 2 centigr.)

Le 30. Même état. Même prescription; suppression du fébrifuge.

1er et 2 décembre. Le malade va de mieux en mieux. (Demi-portion d'alim. et de vin.)

Depuis le 3 décembre jusqu'au 7, jour où il a été évacué aux Vénériens pour une induration du prépuce, il a mangé les trois quarts de portion d'aliments et de vin. Sept jours après son évacuation, il a été pris d'un mal de tête de peu d'intensité, qui s'est reproduit tous les jours à cinq heures du soir, et durait environ deux heures. Cette céphalalgie n'était ni précédée de frissons, ni suivie de moiteur; l'appétit avait aussi diminué, et il existait un peu de dérangement dans la santé, un sentiment de malaise. Le retour périodique de ce mal de tête bien constaté, on administra le sulfate de quinine à la dose de 4 décigr. pendant deux jours. A cette dose le fébrifuge ne produisit aucun effet. On donna alors 6 décigr. par jour; et cependant ce ne fut qu'après huit jours de l'emploi du sulfate de quinine que la céphalalgie disparut. Un vomitif a été, en outre, administré le cinquième jour de l'emploi du sel de quinine; le malade s'est mieux trouvé à partir de ce moment.

Les trois dernières observations que je viens de rapporter

offrent des exemples de névralgie faciale intermittente parfaitement caractérisés. Mais l'intermittence et la périodicité n'appartiennent pas exclusivement aux maladies des marais. Faut-il ne voir dans les trois cas dont il s'agit que des névralgies périodiques tout à fait indépendantes de la diathèse marécageuse, ou bien faut-il les considérer comme de véritables névralgies paludéennes, ou, en d'autres termes, comme des fièvres larvées ? Les circonstances dans lesquelles ces névralgies se sont manifestées, l'ensemble et l'ordre de succession des symptômes, ne permettent pas de douter qu'elles soient de nature paludéenne. Cela me paraît surtout incontestable pour les observations 6 et 7. Nous voyons en effet la névralgie se substituer ou succéder presque immédiatement à des accès de fièvre intermittente caractérisés par les trois stades. Elle apparaît aux mêmes heures, elle est précédée de frissons, de brisements douloureux des membres, de douleurs lombaires et de froid dans la partie qui va en être le siége. Elle s'accompagne de chaleur générale avec accélération et élévation du pouls. Elle est suivie de moiteur générale très-sensible. Elle se montre, en un mot, avec tout l'ensemble des caractères qui spécifient les affections palustres. Il ne peut donc être douteux que ces deux névralgies se sont développées sous l'influence du miasme marécageux. Il ne peut exister non plus d'incertitude sur la nature de la névralgie qui a frappé si vivement le malade qui fait le sujet de la 8e observation. Les caractères capables d'en accuser la nature paludéenne, pour n'être pas aussi frappants que dans les observations 6 et 7, n'en existent pas moins. Le doute eût peut-être été possible si je m'en fusse tenu au premier interrogatoire que je fis subir au malade. Non-seulement il n'avait rien dit du dérangement de sa santé, ni du frisson, ni de la moiteur générale qui ont marqué le début et la terminaison des accès, mais il avait encore répondu négativement à mes questions sur ce sujet. Exclusivement occupé par le souvenir de la douleur et

la crainte d'un nouvel accès, il n'accusait qu'une seule chose, le retour périodique d'un mal de tête qui faisait son désespoir, le reste étant si peu de chose, dit-il, qu'il n'en aurait point parlé, si l'on n'eût pas de nouveau appelé son attention sur l'existence ou l'absence de ces symptômes.

Pour éviter toute erreur, je visitai le malade plusieurs fois pendant la durée de l'accès du 22, et je constatai l'existence des trois stades marqués, le premier, par un malaise général, quelques frissons vagues, la pâleur de la face et une sensation de froid dans les régions frontales; le deuxième, par une céphalée des plus violentes, avec élévation et accélération du pouls, chaleur sèche de toute la peau, et vive injection des conjonctives; le troisième, par la diminution progressive des phénomènes précédents et l'apparition d'une moiteur générale assez abondante. Si, en outre, nous considérons que cette névralgie, comme les deux autres, s'est manifestée pour la première fois pendant la saison des fièvres paludéennes; que ce malade avait eu autrefois une fièvre intermittente de longue durée; qu'il n'était point sujet aux douleurs; qu'il avait tous les symptômes de l'embarras gastrique, ainsi que la teinte jaune, l'expression de tristesse et le sentiment de faiblesse qu'on rencontre presque toujours chez les individus affectés de fièvre intermittente, il sera impossible de ne pas reconnaître dans cette observation l'ensemble et la coordination des symptômes caractéristiques d'une fièvre larvée.

La nature paludéenne de ces trois névralgies étant bien établie, voyons quelle a été l'action de l'acide arsénieux sur cette forme des affections palustres.

6e *observation.* — 6 milligr. d'acide arsénieux administrés le 25, retardent l'accès et le diminuent de plus de moitié, tant pour la durée que pour l'intensité. Le lendemain, sous l'influence d'une dose égale du fébrifuge, il manque et ne reparaît plus.

7e *observation.* — Le vomitif du 1er et la potion émé to-

cathartique du 2, n'exercent aucune influence sur le retour, la durée et l'intensité de l'accès. Le 3, 4 centigr. d'acide arsénieux, pris en deux fois, retardent l'accès et le diminuent de plus de moitié pour la durée et l'intensité. Le 4, 6 centigr. pris en trois fois et à trois heures d'intervalle, en empêchent le retour. Le 5, un peu d'amélioration dans l'état général, mais l'appétit ne revient pas. 2 centigr. d'acide arsénieux sont pris, et l'accès manque encore. Le 6, le malade accuse, à la visite du matin, un mal de tête de peu durée, auquel on n'accorde aucune importance. Dans la journée, le malade se trouve moins bien que la veille. Ce jour, 2 centigr. d'arsenic sont encore prescrits et donnés en deux fois, la dernière prise à sept heures du soir. Le 7, à quatre heures du matin, le mal de tête s'étant reproduit avec violence et dans les conditions que j'ai décrites, on reconnut facilement le retour de l'accès, larvé par une névralgie faciale. La dose du fébrifuge est augmentée; le malade prend 4 centigr. d'acide arsénieux en deux fois, la dernière prise, à onze heures du soir. Le lendemain 8, l'accès, infiniment moins douloureux, dure à peine un quart d'heure. Vu l'état général et la perte de l'appétit, on prescrit à la visite du soir un vomitif et la même dose d'acide pour être pris après les vomissements. L'accès n'a plus reparu ; l'état général s'est promptement amélioré, et l'appétit s'est prononcé franchement. Néanmoins, pour éviter une rechute, on a continué l'emploi de l'acide arsénieux les 9, 10 et 11, à la dose de 1 centigr. Ainsi donc, après avoir été donné pendant deux jours, le 3 et le 4, l'acide arsénieux arrête les accès. Cependant, l'état général reste à peu près stationnaire, l'appétit ne revient pas, et la dose du fébrifuge étant diminuée, la maladie paludéenne se révèle de nouveau ; mais avec cette particularité que, modifiés par l'arsenic, les accès revêtent une manifestation symptomatique différente. Il suffit de porter l'acide arsénieux à la dose à laquelle il avait d'abord été administré, pour arrêter aussitôt les accès, et obtenir une seconde fois une guérison solide.

Cette observation démontre non-seulement l'efficacité de l'acide arsénieux, mais encore son innocuité même à la dose de 6 centigr. administrés en moins de dix heures.

Il résulte de l'observation 8, que le vomitif administré le 21, jour de l'entrée, n'a pas exercé la moindre influence sur le retour et l'intensité de l'accès, bien qu'il ait provoqué l'expulsion d'une grande quantité de bile et qu'il ait sensiblement amélioré l'état du malade. L'accès s'est donc reproduit le 22, malgré l'administration de 2 centigr. d'acide arsénieux. Mais il faut remarquer que le fébrifuge, donné seulement à huit heures et demie, une demi-heure avant l'heure de l'accès, n'a pu en prévenir le retour ; mais, administré en temps opportun, l'accès du 23, retardé, n'est plus marqué que par un léger mal de tête. Le 24, il n'en apparaît plus aucune trace ; néanmoins, l'acide arsénieux est continué à doses décroissantes jusqu'au 29.

Le sujet de cette observation était dans l'état le plus satisfaisant, lorsque le 7 décembre il a été évacué aux Vénériens. Le 13, il est moins bien que les jours précédents. Le 14, apparaît pour la première fois un peu de mal de tête à cinq heures du soir. Cette céphalalgie se reproduit les jours suivants à la même heure avec un peu plus de durée et d'intensité. Cinq jours, le sulfate de quinine est administré sans exercer la moindre influence sur le retour de l'accès. Un vomitif est donné et le malade se trouve mieux; l'appétit revient. Néanmoins, trois doses de sulfate de quinine à 6 décigrammes, en trois jours, sont encore nécessaires pour faire disparaître l'accès. Voilà donc une rechute bien éloignée de l'affection primitive sous le rapport de l'intensité, et qui ne cède qu'après l'administration d'un vomitif et huit jours de l'emploi du sulfate de quinine. L'acide arsénieux avait arrêté des accès beaucoup plus violents après deux jours de son usage.

(La suite à un prochain numéro.)

RECHERCHES SUR LES ABCÈS MULTIPLES;

Par le Dr F.-A. Aran, *ancien interne-lauréat de l'Hôtel-Dieu, etc.*

(Fin.)

3° *Intoxication purulente.*

L'introduction directe ou indirecte des matériaux toxiques dans le torrent circulatoire, et par suite dans tous les points de l'économie, semble changer entièrement les termes de la question des abcès multiples et la porter sur un tout autre terrain. Du moment que nous suivons, sinon de l'œil, du moins avec l'esprit, des agents qui peuvent porter une action directe sur les organes, la question paraît se simplifier. Quelle est, en effet, la grande difficulté d'expliquer les abcès multiples, envisagés du point de vue de la fièvre traumatique et de la fièvre puerpérale? C'est d'expliquer des lésions, nous ne dirons pas sans cause, mais dans lesquelles la cause se soustrait à tous nos moyens d'investigation. Nous avons représenté cette cause inconnue par l'expression du fait lui-même, et nous avons dit : c'est la *diathèse purulente* qui est la cause des abcès multiples; ce qui équivaut à dire : *les abcès multiples sont le fruit d'une tendance générale à la suppuration.* Nous avons maintenant à déterminer quel est le résultat de la pénétration dans l'économie des matières purulentes. Ici nous touchons à une des questions les plus difficiles de la physiologie, peut-être la moins connue dans son essence, l'absorption. Nous abordons encore une question de physiologie chimique aussi bien peu connue, c'est-à-dire l'histoire des altérations que le sang éprouve par la pénétration du pus dans le torrent circulatoire; mais, parmi les matières purulentes, il y a une grande et importante distinction à établir, suivant qu'elles sont ou non d'une nature spécifique,

c'est-à-dire susceptibles de reproduire identiquement la maladie qui leur a donné naissance.

A. *Intoxication purulente simple.* — 1° *Pénétration du pus non altéré dans le système circulatoire.* — La pénétration du pus dans l'organisme est une chose généralement admise de toute antiquité : les anciens faisaient voyager le pus comme la bile, l'atrabile, etc. ; son transport, son dépôt en nature dans les organes faisait partie de ce qu'on appelait les *métastases*. Il a fallu toute l'autorité des recherches faites dans ces derniers temps sur l'absorption interstitielle pour faire justice de cette doctrine. Non, le pus, pas plus que les autres liquides composés, ne pénètre dans l'organisme tel qu'il est à la surface des plaies ; ses éléments sont repris peu à peu, et la dissociation de ses parties constituantes est la première condition de son absorption. Si nous n'avions à envisager la pénétration du pus dans l'économie que sous le point de vue de l'absorption interstitielle, nous n'aurions pas consacré un passage à l'histoire de la pénétration du pus, considérée comme origine des abcès multiples. Selon nous, le pus peut arriver *directement* dans le système veineux, à la suite de l'inflammation des veines et des lymphatiques, par exemple, ou lorsque des circonstances spéciales maintiennent une veine béante à la surface d'une plaie. Si nous contestons l'influence de la pénétration de quelques gouttes de pus à produire tout le cortége de symptômes graves que l'on appelle *infection purulente*, nous sommes bien loin de contester cette influence lorsque le pus pénètre en grande quantité et pendant longtemps dans le système vasculaire. C'est alors que, à moins de fermer les yeux à la lumière, on ne peut se refuser à admettre une véritable infection purulente. Les idées que nous allons émettre pourront peut-être, au premier coup d'œil, paraître en désaccord avec la doctrine que nous avons défendue jusqu'ici, la diathèse purulente ; mais ce désaccord n'est qu'apparent.

Malgré le talent que M. Tessier a déployé pour prouver

que, à toutes les époques de la phlébite, le passage du pus de l'intérieur de la veine enflammée dans le torrent circulatoire est impossible, il a été forcé de reconnaître que quelquefois, à l'*extrémité d'une phlébite*, on trouve du pus ou de la sanie purulente en contact immédiat avec le sang, et pouvant par conséquent se mêler avec ce liquide. (Mém. cit.) Peu importe après cela l'explication de ce fait : la pénétration du pus de la cavité enflammée dans les vaisseaux voisins est possible, d'après M. Tessier, puisqu'il admet que la barrière ordinaire de la suppuration veineuse peut ne consister qu'en du pus et de la sanie purulente.

La lymphite, moins commune, et aussi moins bien étudiée que la phlébite, a soulevé moins de difficultés : personne jusqu'à ce jour n'a soutenu que les vaisseaux lymphatiques enflammés et pleins de pus fussent constamment obstrués à leur extrémité par des obstacles résistants. La circulation du liquide qu'ils renferment n'est dès lors rien moins qu'interrompue ; et les cas dans lesquels on a trouvé du pus dans tout le système lymphatique, et principalement dans le canal thoracique, ne laissent aucun doute sur le mélange de ce liquide avec le sang.

Les faits auxquels nous faisons allusion comprennent le plus grand nombre de cas d'abcès multiples qui surviennent en dehors de la fièvre traumatique et de la fièvre puerpérale. Lorsque le travail réparateur qui suit l'application violente des agents physiques ou chimiques s'est établi, lorsque la suppuration et la fièvre qui l'accompagne ont suivi une marche normale, huit jours, quinze jours, un mois même après le commencement de la maladie, il n'est pas rare de voir survenir tous les accidents que nous avons décrits plus haut. Pendant quelques jours, les malades éprouvent des malaises légers, quelques horripilations ; ils accusent en même temps une assez vive sensibilité, soit sur le trajet des veines, soit sur celui des vaisseaux lymphatiques, avec gonflement des gan-

glions les plus voisins; puis tout d'un coup des frissons violents éclatent; la peau devient pâle et prend une teinte jaunâtre ou livide; la réaction est tantôt vive et tantôt incomplète; les sueurs ne produisent aucun soulagement; l'état fébrile devient continu; et après que les accès se sont renouvelés une ou plusieurs fois à des distances variables, les malades tombent dans un état putride ou adynamique des plus prononcés, et qui ne diffère en rien de celui que nous avons décrit à propos de la fièvre traumatique. De même, à la suite des couches, on voit des femmes, qui ont franchi heureusement leur fièvre de lait, chez lesquelles les lochies et la sécrétion lactée sont parfaitement établies, rester pendant sept ou huit jours, quelquefois plus, quelquefois moins, dans un état très-supportable; tout d'un coup, par les causes les plus légères, elles éprouvent un violent frisson; le pouls devient fréquent, la peau chaude et sèche; il survient du malaise, de la céphalalgie; la face s'altère; la langue se sèche; le ventre se ballonne; les sécrétions lochiale et lactée diminuent, et l'on voit apparaître ce cortége effrayant de symptômes que nous avons énumérés en parlant de la fièvre puerpérale. A l'autopsie, on trouve dans le premier comme dans le second cas, en même temps que des abcès multiples, soit des veines enflammées contenant du pus phlegmoneux et communiquant librement avec le système sanguin (ce qui est rare), ou le plus souvent incomplétement oblitérées par des caillots fibrineux; soit les lymphatiques de la partie pleins de pus, et les ganglions voisins infiltrés du même liquide, lorsque ces lymphatiques trouvent des ganglions sur leur passage. On comprend que, dans tous ces cas, on ne puisse conserver de doute sur l'introduction continue du pus dans le système circulatoire.

Les abcès multiples qui se montrent à la suite de la pénétration du pus en nature provenant de phlébite ou de lymphite suppurées, ne présentent pas de caractères anatomiques particuliers. On en observe dans tous les tissus; cependant

leur siége de prédilection est dans les parenchymes. Il est rare de rencontrer des collections purulentes dans les cavités séreuses, et dans le tissu cellulaire par exemple, sans en trouver en même temps dans le foie, le poumon, etc. C'est une circonstance qu'il nous serait du reste assez facile d'expliquer. Comme les abcès multiples qui succèdent à la fièvre traumatique ou puerpérale, ils présentent toujours des traces de la phlegmasie qui les a précédés; et en général ils développent des symptômes locaux plus prononcés que ceux qui succèdent à ces deux états fébriles.

Reste à déterminer comment la pénétration lente, graduelle, continue du pus dans le système circulatoire mène à la formation des abcès multiples. On pourrait nous objecter que, après avoir posé plus haut en principe l'élimination du pus pas les émonctoires naturels, nous ne pouvons admettre, pour cause des abcès multiples, des conditions que nous avons déjà reconnues impuissantes pour leur formation; mais il existe ici la différence du plus au moins : l'élimination, qui est incontestable lorsqu'il ne s'agit que de quelques gouttelettes de pus, n'est plus possible lorsqu'il s'agit d'une quantité considérable de pus qui se renouvelle sans cesse; l'infection du fluide sanguin par le pus n'est plus alors douteuse.

Mais comment se comporte le pus quand il est introduit dans le torrent circulatoire? Va-t-il, sans se mélanger intimement avec le sang, se déposer d'une manière mécanique entre les fibres d'un tissu qu'il se borne à écarter, ainsi que le pense M. Velpeau? L'anatomie pathologique réfute tous ces transports du liquide purulent; elle nous montre partout les traces d'une phlegmasie antérieure, tout à fait incompatible avec les dépositions mécaniques. Ou bien de ce mélange de pus avec le fluide sanguin, résulte-t-il une altération profonde du sang, dont les conséquences peuvent être diversement interprétées? Certes l'altération du sang n'est pas douteuse; mais quelle est sa nature? quel est son mode d'action?

Il s'écoulera probablement bien du temps avant que l'on puisse déterminer en quoi consiste cette altération. Quant à ses effets, ils nous sont connus, et nous pouvons rechercher comment ils se produisent. Le pus se sépare-t-il du sang au sein des organes, comme le pense M. Cruveilhier (en cela suivi par MM. d'Arcet et Caron, avec quelques modifications)? et chaque molécule arrêtée dans le sein des organes provoque-t-elle autour d'elle une inflammation, une *phlébite capillaire,* dont la conséquence est le développement d'un abcès? Ou bien, dira-t-on avec Morgagni, Dance et M. Blandin, que le sang altéré s'extravase facilement, et que les abcès multiples ont pour origine un petit épanchement sanguin, autour duquel se développe une phlegmasie spéciale?

Toutes ces théories tombent devant un seul fait : c'est que l'on rencontre des abcès multiples indépeudamment de la pénétration du pus dans le système sanguin. Dès lors cette dernière circonstance ne peut jouer que le rôle de prédisposante et facilitante; ce ne peut être une nécessité. En outre, chacune de ces théories porte en elle sa réfutation : qui a jamais vu la molécule purulente arrêtée dans le sein des parenchymes? Pourquoi cette molécule, soumise en quelque sorte au hasard, va-t-elle s'arrêter plutôt dans tel organe que dans tel autre? Qui a jamais rencontré d'une manière constante la phlébite capillaire précédant les abcès multiples? Les expériences de MM. Gaspard et F. d'Arcet, celles que nous avons faites nous-même, ne prouvent-elles pas que l'introduction artificielle du pus phlegmoneux ne suffit pas à produire des abcès multiples? et cet épanchement sanguin, que l'on regarde dans la seconde théorie comme le point de départ des abcès multiples, comme l'*épine de Van Helmont,* est-il autre chose que le second degré de la phlegmasie, que la seconde phase de la marche de ces abcès? Pour nous prouver que la maladie commence par un épanchement sanguin, il faudrait nous montrer cet épanchement précédant les collections purulentes des ca-

vités articulaires, des membranes séreuses, du tissu cellulaire; a-t-on bien réfléchi d'ailleurs qu'en admettant qu'il se développe une phlegmasie spéciale et de la suppuration autour du petit épanchement, on est forcément conduit à conclure, vu la rapidité avec laquelle marche le travail pyogénique, que le sang épanché se convertit en pus... Conclusion hardie, devant laquelle les auteurs de cette théorie reculeront sans aucun doute.

Résumons-nous : la pénétration du pus dans le système circulatoire n'est pas douteuse ; elle a pour résultat l'altération profonde du fluide sanguin ; cette altération ne peut être sans influence dans la production des abcès multiples. Comme dans la fièvre traumatique et puerpérale, nous trouvons toujours les deux termes extrêmes : suppuration dans un point de l'économie ; abcès dans des points plus ou moins éloignés, succédant rapidement à des phlegmasies. Ainsi la pénétration du pus dans le système sanguin, son mélange avec le sang qu'il altère, crée dans l'économie une tendance à la formation du pus dans les solides et dans les liquides : c'est la *diathèse purulente*, déterminée *directement* par le mélange du pus et du sang.

2° *Pénétration du pus altéré dans le système circulatoire.*— Nous venons de voir l'introduction lente et graduelle du pus phlegmoneux produire de toutes pièces la diathèse purulente par l'altération qu'elle fait subir au fluide circulatoire. Comme presque tous nos liquides excrémentitiels, le pus est susceptible de s'altérer au contact de l'air, d'y prendre des caractères putrides, analogues à ceux de toutes les matières animales en putréfaction. C'est ce que l'on observe toutes les fois que le pus séjourne dans une cavité plus ou moins spacieuse, dans laquelle l'air se trouve en rapport avec lui ; c'est ce qui arrive encore lorsque le pus, stagnant dans un foyer, baigne une surface ou un tissu que son contact peut altérer ou dissoudre. Le séjour du pus sur des os, par exemple, ne tarde

pas d'être suivi de la désagrégation des molécules osseuses et de la décomposition du liquide purulent lui-même, qui tient en suspension des matières animales : que dans cette circonstance les veines voisines restent béantes au niveau du foyer ou que l'ulcération détruise leurs parois dans ce point, le pus altéré, le liquide putride pourra pénétrer dans le système circulatoire (1).

L'introduction du pus altéré dans l'économie est suivie de phénomènes putrides très-graves : affaiblissement, prostration, douleurs contusives dans les membres, dyspnée, vomissements ou évacuations alvines très-fétides; céphalalgie, assoupissement, délire, fièvre intense, pouls petit, serré et fréquent, etc. Les symptômes qu'on observe dans cette circonstance chez l'homme sont tout à fait semblables à ceux que l'on développe artificiellement chez les animaux par l'introduction du pus altéré dans les veines. La description qu'en a tracée Gaspard (2) ainsi que M. F. d'Arcet (3), ce que nous avons vu nous-même, ne nous laissent aucun doute à cet égard.

Après les détails dans lesquels nous sommes entré au sujet des abcès multiples produits par la pénétration du pus de bonne nature dans le système circulatoire, nous ne pourrions, sans tomber dans des répétitions oiseuses, traiter toutes les questions qui se rattachent à la pénétration du pus altéré

---

(1) Les difficultés que l'on rencontre à chaque pas quand on veut parler de l'absorption ne nous permettent pas d'affirmer que la pénétration du pus altéré puisse avoir lieu par l'intermédiaire des lymphatiques; et cependant ne conçoit-on pas des vaisseaux lymphatiques, ayant éprouvé comme les autres tissus une solution de continuité, communiquant avec le foyer putride, ou détruits par l'ulcération à ce niveau?

(2) *Journal de physiologie*, t. I et II.

(3) Thèse citée.

dans l'économie. Nous ne pouvons cependant nous dispenser d'insister sur les points où l'identité n'est pas parfaite.

L'introduction du pus altéré dans le système circulatoire a pour résultat, en quelques circonstances, une mort très-rapide. Dans ce cas, on ne trouve pas à l'autopsie d'abcès multiples. Quelques phlegmasies disséminées çà et là, des organes diffluents pour la plupart, voilà tout. Mais si la maladie dure quelque temps, les phlegmasies isolées et circonscrites passent rapidement à la suppuration; des liquides purulents s'épanchent dans les cavités séreuses; et on rencontre à peu près les mêmes altérations que lorsque le pus phlegmoneux pénètre en abondance dans le système sanguin. Il y a toujours cependant une grande différence dans l'étendue des lésions locales. Les malades placés sous l'influence d'une infection du sang par du pus altéré sont par cela même dans un état excessivement grave. La présence du pus et la formation des abcès multiples (qui en est la conséquence) ajoutent au danger. De là vient que les collections purulentes y sont toujours moins nombreuses et moins étendues que dans la fièvre traumatique et dans la fièvre puerpérale; à cette exception près, tout est semblable : les abcès multiples suivent la même marche, occupent les mêmes organes, présentent la même structure anatomique.

Quant à la cause de ces abcès, nous croyons inutile d'y revenir, après ce que nous avons dit dans les paragraphes précédents : qu'importe que le pus soit altéré? c'est toujours du pus. Le péril est plus grand ici, puisque le pus a contracté des propriétés éminemment délétères; mais rien n'est changé dans les conditions essentielles de la maladie. Le pus altéré, comme le pus sain, a déterminé, par son mélange avec le sang, une tendance générale à la pyogénie. Cette tendance se développe-t-elle plus facilement par l'introduction du pus altéré? Cela est infiniment probable, mais ce n'est pas démontré. Suffit-il de quelques gouttes de pus altéré pour déterminer

une diathèse purulente, alors qu'il faudrait une quantité considérable de pus phlegmoneux pour produire le même résultat? C'est encore probable; mais, de preuve pas davantage. Nous savons qu'on a essayé de résoudre cette difficulté par des expériences sur les animaux; mais, que nous sachions, les injections du pus altéré fétide, pas plus que les injections du pus phlegmoneux, n'ont amené la production des abcès multiples; nous avons répété les expériences que Gaspard et M. F. d'Arcet avaient déjà tentées, et nous n'avons pas été plus heureux. Ce sont donc des problèmes qui peuvent rester longtemps sans solution.

B. *Intoxication purulente spécifique.* — A mesure que nous avançons dans l'histoire des abcès multiples, les difficultés semblent s'accroître : déjà nous avons soulevé plusieurs questions sans les résoudre, alors qu'il s'agissait de maladies dont l'ensemble est généralement bien connu; qu'on juge de notre embarras quand nous sommes inévitablement amené sur le terrain des maladies spécifiques, dont la nature et le mode de développement laissent tant à désirer. En rangeant ces maladies dans l'intoxication purulente, nous avons obéi bien plutôt à des analogies d'aspect et de forme qu'à des faits parfaitement démontrés. Certes, toutes ces affections ont pour caractère pathognomonique des inflammations avec production de pus sur un ou plusieurs points des surfaces tégumentaires internes et externes; mais l'introduction de ce pus dans le système circulatoire n'est pas facilement démontrable. Quoi qu'il en soit, les abcès multiples qui succèdent à ces diverses maladies présentent quelque chose de particulier qu'il est impossible de méconnaître; aussi avons-nous préféré nous exposer au reproche de forcer un peu les analogies qu'à celui de confondre dans une description commune des faits profondément hétérogènes.

Les abcès multiples dont nous avons à traiter ici ne forment en général qu'un épiphénomène des maladies spécifiques;

cependant, dans l'une de ces affections spécifiques, cet épiphénomène se montre si fréquemment et avec tant de profusion, que quelques personnes en font un caractère pathognomonique.

1° *Variole.* — Une fièvre éruptive, éminemment contagieuse, s'annonçant, du troisième au quatrième jour de l'invasion, par des élevures pointues qui, parvenues à leur état vers le septième ou huitième jour, deviennent ombiliquées et pustuleuses, et qui, après avoir *suppuré* pendant une fièvre secondaire de plusieurs jours, se terminent, en se desséchant, par des cicatrices irrégulières, vers le troisième et quelquefois vers la fin du quatrième septénaire; telle est la variole. Elle se développe sous l'influence d'un principe spécifique particulier, qu'on appelle le *virus variolique,* tantôt par contagion, tantôt seulement par infection.

La variole est une maladie évidemment pyogénique: chaque pustule finit par constituer un véritable petit abcès; et tout le monde sait que l'établissement de la suppuration dans ces points multipliés est précédé d'une fièvre qu'on appelle *fièvre secondaire, fièvre de maturation* ou *de suppuration.* Il ne faut donc pas s'étonner que l'on rencontre quelquefois des abcès multiples dans cette maladie; mais ces abcès multiples n'en font pas partie intégrante; ils apparaissent seulement dans une de ses formes les plus redoutables, dans la variole confluente; encore ne se montrent-ils pas dans tous les cas.

En général, c'est au moment où la variole a parcouru toutes ses périodes à la face, au moment où les croûtes commencent à quitter cette partie du corps, et lorsque les malades semblent toucher à la convalescence, que l'on voit survenir les abcès multiples; tout d'un coup, la fièvre qui avait cessé depuis plusieurs jours revient, précédée de frissons irréguliers; la bouche et la gorge sont le siége d'un sentiment d'ardeur ou de sécheresse; la langue est rouge; la soif vive; un peu d'agitation, souvent même des rêvasseries pendant la nuit. Cet

était dure ordinairement trois ou quatre jours, et le malade appelle alors l'attention du médecin sur des tumeurs ordinairement peu étendues, de la grosseur d'une aveline, ou d'une noix au plus, situées dans l'épaisseur de la peau, et le plus souvent dans le tissu cellulaire sous-cutané, qui occupent ordinairement le tronc, les membres (surtout les inférieurs), plus rarement la face. Ces tumeurs ne tardent pas à se multiplier d'une manière étonnante. Nous avons vu, chez un varioleux, se développer, en moins de quinze jours, plus de soixante de ces abcès : dans une observation que nous avons sous les yeux, il est dit que, en six semaines, il s'en développa plus de cent cinquante (1).

Au moment où les malades appellent l'attention sur les collections purulentes, elles font déjà saillie à la surface de la peau, qui, le plus souvent, n'a pas changé de couleur, et la fluctuation y est presque toujours sensible. En peu de temps la peau rougit, s'amincit, et donne issue à du pus, qui souvent n'a pas la consistance du pus phlegmoneux, et qui se rapproche beaucoup du pus séreux. En général, ces collections purulentes développent peu de douleur, surtout au début; cependant la pression est toujours douloureuse à leur niveau. Nous avons vu un malade chez lequel tous ces abcès causaient des douleurs excessivement vives et empêchaient tout repos.

En général, lorsqu'il s'est développé de nombreux abcès à l'extérieur, la constitution des malades est profondément altérée, l'amaigrissement est extrême. Cependant lorsque ces abcès ont été ouverts à temps, lorsque la suppuration a été maintenue dans de justes limites, lorsqu'on a soutenu les forces par un régime convenable, les foyers se cicatrisent peu à peu; et cette tendance à la pyogénie finit par s'épuiser. Dans d'autres circonstances, les abcès une fois ouverts forment au-

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. XXVII, p. 512.

tant d'ulcères rongeants, fistuleux, qui finissent quelquefois par entraîner la carie des os; les malades tombent dans un état de consomption et de dépérissement; des douleurs atroces, une insomnie continuelle, une fièvre lente, les réduisent bientôt au dernier degré du marasme, auquel ils ne tardent pas à succomber, surtout si des abcès multiples se développent à l'intérieur dans les organes parenchymateux, comme le foie et le poumon. Au reste, ces derniers abcès ne présentent rien de particulier, si ce n'est leur peu d'étendue. Ils commencent, en général, par des taches rouges, formant des masses d'un tissu assez compact, offrant des vascularités nombreuses et arborisées (1), au centre desquelles se développe le liquide purulent. Nous ne croyons pas qu'on ait observé dans ces cas des abcès multiples dans d'autres organes internes que le foie ou le poumon.

A quelle cause peut-on rapporter le développement de ces abcès multiples? Ici s'ouvre le vaste champ des hypothèses. En effet, pas de phlébite, pas de lymphite appréciables; pas même de résorption purulente possible, puisque le plus souvent le travail pyogénique est terminé depuis longtemps. Cependant, au milieu de toutes ces incertitudes, nous trouvons quelques faits culminants, qui peuvent jeter un peu de jour sur notre route, et guider nos pas incertains: d'abord l'établissement d'une suppuration abondante et la production consécutive de collections purulentes dans des points plus ou moins éloignés.

Mais où est le lien qui unit ces deux phénomènes? Il nous échappe entièrement. Peut-on dire que le travail pyogénique qui s'accomplit dans les pustules varioliques pour les convertir en autant d'abcès crée dans l'économie une tendance générale à la formation du pus, qui éclate sous l'influence des

(1) Piorry, *Clinique médicale de la Salpêtrière et de la Pitié;* 1838, p. 18.

conditions les plus variées et dont le résultat est la formation des abcès multiples? C'est probable, mais non pas prouvé. Quelqu'un a-t-il fait connaître les conditions spéciales dans lesquelles surviennent les abcès multiples de la variole? Nullement. Ne peut-on pas considérer le travail pyogénique de la variole comme suffisant à lui seul, à cause de son étendue, et peut-être à cause de sa nature même, pour produire de toutes pièces la diathèse purulente, et pour la mettre immédiatement en jeu? Autant de problèmes, pour la solution desquels nous possédons à peine les premières données.

2° *Morve et farcin.* — Tel est le nom de deux maladies éminemment contagieuses, que l'homme doit à ses rapports continuels avec certains animaux. Ces deux maladies, si elles ne sont pas nouvelles, n'appartiennent cependant que depuis peu de temps à l'histoire de l'art. Aussi, bien qu'elles aient fourni matière à des travaux importants (tels que ceux d'Elliotson et de M. Rayer), leur histoire est loin d'être complète, et l'on peut affirmer que la science n'a pas encore dit son dernier mot à leur égard. On comprendra facilement, à notre hésitation, que nous marchons sur un terrain encore mal assuré.

Bien qu'il existe les plus grands rapports entre la morve et le farcin, les différences que ces maladies présentent dans leur marche ne nous permettent pas de les confondre dans la même description.

Le farcin a pour siége primitif le système lymphatique. Il est caractérisé par des angioleucites spécifiques, qui passent rapidement à suppuration, accompagnées de troubles généraux, consistant en accès de fièvre irréguliers, céphalalgie, dégoût pour les aliments, insomnie, léger délire, etc. Bientôt dans diverses régions du corps, plus ou moins éloignées du point qui s'est d'abord montré malade, le plus souvent sur la face ou sur les membres, on voit paraître des tumeurs, tantôt petites, molles et sans changement de couleur à la peau,

[illegible] d'un rouge violacé; tumeurs ordinairement sensibles au toucher et quelquefois éminemment douloureuses, qui se terminent presque toujours par suppuration, quelquefois par gangrène. D'autres collections purulentes plus étendues ne tardent pas à se former loin du siége primitif de la maladie, à la suite d'inflammations érysipélateuses ou phlegmoneuses; enfin on voit survenir une éruption pustuleuse ou gangréneuse d'une espèce particulière : tel est le farcin de forme aiguë. Lorsqu'il est chronique, le farcin ne diffère du précédent que par la lenteur de sa marche : tantôt c'est une inflammation lymphatique bornée, suivie d'abcès multiples; tantôt, au contraire, après un ensemble de symptômes généraux graves, on voit paraître une collection purulente, et quelque temps après des abcès se développer dans beaucoup de points du corps.

Les abcès multiples du farcin aigu peuvent être superficiels ou profonds : tantôt ils occupent le tissu cellulaire sous-cutané; tantôt les grands interstices celluleux, musculaires ou vasculaires; d'autres fois, enfin, les muscles du tronc ou des membres. Leur volume varie beaucoup : les abcès superficiels sont toujours plus volumineux; ils contiennent ordinairement du pus bien lié, quelquefois un liquide brunâtre, fétide, de couleur chocolat. Indépendamment des abcès multiples extérieurs, on trouve ordinairement dans les poumons (rarement ailleurs) de petits abcès plus ou moins avancés dans leur développement.

Les abcès multiples du farcin chronique se montrent seulement à l'extérieur. Ils sont susceptibles d'acquérir des dimensions considérables, par comparaison à ceux du farcin aigu. Leur marche est ordinairement plus lente; quand on les ouvre, on y trouve ou du sang pur ou du pus jaunâtre, visqueux et grumeleux, et quelquefois de la sanie purulente. Ces foyers se cicatrisent difficilement après avoir été ouverts, et se transforment en ulcères ou en fistules. On dit avoir vu des

tumeurs farcineuses fluctuantes et volumineuses disparaître peu à peu, même subitement, tandis que d'autres survenaient inopinément dans d'autres régions.

La *morve* est essentiellement caractérisée par des ulcérations particulières des fosses nasales, qui occasionnent un flux nasal, ou *jetage* plus ou moins abondant de matière purulente ou sanguinolente, auquel succèdent certaines altérations qui occupent la surface du corps (érysipèle, bulles, pustules, plaques gangréneuses, abcès multiples, etc.). Son développement est accompagné ou précédé de symptômes généraux très-graves, qui se rapprochent quelquefois des phénomènes typhoïdes. Nous avons placé sur le premier plan la lésion des fosses nasales, parce que c'est le fait capital de la maladie, le point de contact de la morve humaine avec la morve du cheval, et aussi parce que c'est l'altération essentielle et pathognomonique.

Les abcès multiples se montrent tôt ou tard, mais d'une manière constante dans la morve aiguë; ils apparaissent ordinairement avant les autres signes confirmatifs; leurs caractères sont tout à fait identiques avec ceux des abcès farcineux. Nous n'y insisterons pas. Nous dirons cependant que l'on rencontre assez souvent du pus dans les articulations. Les abcès multiples morveux du poumon se présentent : tantôt comme des noyaux d'un volume variable, depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noix, arrondis ou taillés à facettes, occupant ordinairement la superficie de l'organe, durs, brunâtres ou grisâtres, infiltrés de pus; tantôt comme des collections purulentes, d'un volume également variable, autour desquelles on trouve encore des zones inflammatoires. Les abcès multiples qui se forment à l'intérieur ont une espèce de prédilection pour le tissu pulmonaire. Nous ne connaissons qu'un seul fait d'abcès multiples morveux dans le foie et dans le cerveau.

Dans la morve chronique, les abcès multiples, surtout les

abcès multiples extérieurs, sont peu communs. Quant aux lésions pulmonaires, elles consistent : 1° en de petites élevures blanches, formées par un amas de pus liquide ou presque liquide, qui soulève le feuillet pariétal de la plèvre, et autour desquelles existent une injection et une infiltration de sang dans le tissu cellulaire sous-pleural ; et 2° en des masses dures, du volume d'un pois ou d'une noix, de couleur jaunâtre, quelquefois ramollies, et converties en pus dans une grande partie de leur étendue.

Pour expliquer les abcès multiples de la morve et du farcin, nous éprouvons le même embarras que pour l'explication de ceux de la variole. Comme dans cette dernière maladie, nous trouvons encore des suppurations locales primitives, développées sous l'influence d'un principe particulier, et auxquelles succèdent, dans un intervalle plus ou moins éloigné, des abcès répandus çà et là dans l'organisme. Il y a cependant cette différence que, dans la morve et le farcin, l'apparition des abcès multiples est, sinon un signe pathognomonique, du moins un symptôme fort important. Il est évident que ces deux dernières maladies développent dans l'économie une tendance à la formation et à la dissémination du pus. Mais cette véritable diathèse purulente, quelle en est la cause ? Est-ce le principe *contagieux* morveux ou farcineux ? Est-ce la pénétration dans le système circulatoire du pus que renferment les lymphatiques enflammés, comme dans le farcin ? Est-ce l'état fébrile qui accompagne la suppuration des tissus qui sont le siége primitif de la maladie ?... Mais c'est assez s'arrêter sur une question, pour la solution de laquelle nous ne possédons, pas plus que pour les abcès varioleux, de données suffisantes.

Nous voici parvenus à la deuxième partie du sujet que nous nous sommes proposé de traiter. Nous avons fait connaître les divers cas dans lesquels on observe les abcès multiples ; nous devons maintenant rapprocher, comparer ces cas sous

leurs différents rapports. Le tableau rapide, que nous avons tracé, abrégera beaucoup notre travail.

Les abcès multiples se montrent dans trois circonstances principales, que nous avons successivement étudiées sous les noms de *fièvre traumatique*, *fièvre puerpérale* et *intoxication purulente simple* ou *spécifique*.

Fort nombreux dans la fièvre puerpérale, dans l'intoxication morveuse et farcineuse, dans l'intoxication variolique, ces abcès le sont déjà moins dans la fièvre traumatique; et ils sont encore en moins grand nombre dans l'intoxication par le pus, surtout par le pus altéré.

Leur étendue varie autant que leur nombre : en général, les grandes collections purulentes multiples appartiennent à la fièvre puerpérale, à l'intoxication morveuse et farcineuse. Il faut cependant reconnaître que l'étendue des collections purulentes est généralement limitée par la nature même de l'organe au sein duquel elles se développent. C'est ainsi que, dans le poumon et dans l'épaisseur des muscles, les collections purulentes sont rarement fort étendues : c'est tout le contraire dans le tissu cellulaire.

Leur siége ne présente rien de constant; cependant les organes parenchymateux, les cavités séreuses, les muscles sont leur siége de prédilection. Les collections purulentes des séreuses, des cavités articulaires, du tissu cellulaire, se lient plutôt à la fièvre puerpérale qu'à la fièvre traumatique et à l'intoxication purulente. Les abcès extérieurs appartiennent surtout à la variole et à l'intoxication morveuse et farcineuse. Chose remarquable : dans une maladie où la diathèse purulente est si prononcée, où elle se révèle par un si grand nombre de productions purulentes, dans la morve et le farcin, on ne rencontre des abcès multiples à l'intérieur que dans le poumon, presque jamais ailleurs.

Tous les abcès multiples proprement dits offrent, dans leur développement, les quatre périodes suivantes : 1° injection

sanguine, suivie d'une infiltration du même liquide; 2° infiltration purulente; 3° ramollissement et destruction du tissu infiltré; 4° la circonscription du foyer par une membrane pyogénique. Lorsque le pus se rassemble dans les membranes séreuses, ces dernières présentent toujours une injection très-prononcée du réseau vasculaire, qui leur est sous-jacent; et même, dans quelques circonstances, elles sont susceptibles d'éprouver des altérations beaucoup plus profondes. Les collections purulentes ne parcourent pas leurs périodes avec la même rapidité. Le plus souvent, c'est à la suite de la fièvre puerpérale, et sous l'influence d'agents spécifiques (comme la morve, le farcin, la variole), que le travail pyogénique se montre plus rapide.

En résumé, tous les abcès multiples succèdent à une inflammation d'une nature spéciale, développée dans le tissu qui en est le siége; et si, dans quelques circonstances, on a cru ne pas trouver des traces d'inflammation autour du foyer, c'est que ces abcès étaient développés depuis longtemps au sein des organes.

Suivant la période où sont parvenues les collections purulentes multiples, on trouve du pus phlegmoneux ou du pus presque concret, ou seulement une infiltration purulente, etc. Comme on le comprend facilement, les collections purulentes des séreuses, des cavités articulaires, sont toujours formées d'un liquide qui se rapproche plus ou moins du pus. Cependant le travail pyogénique n'est pas toujours parfait : c'est ce qui arrive surtout dans la morve et le farcin, où les abcès sont constitués par un liquide épais, mêlé de sang, semblable à du miel, ou par un liquide brunâtre couleur chocolat.

Quelles que soient les circonstances dans lesquelles on rencontre les abcès multiples, leur développement s'annonce par les phénomènes suivants : des frissons violents, ou du moins de l'horripilation, suivis d'une réaction fébrile souvent incomplète; un sentiment d'affaiblissement général; une indif-

férence absolue ou presque absolue ; une altération plus ou moins profonde des traits ; un changement prononcé dans la coloration de la peau ; un malaise général, et cependant des douleurs peu vives et mal localisées. Voilà l'ensemble des symptômes qui annoncent la formation des abcès multiples ; mais tous ces symptômes ne sont pas partout également prononcés.

Les frissons manquent souvent ou ne constituent qu'une horripilation fort légère dans la variole, la morve et le farcin, même assez souvent dans la fièvre traumatique ; leur existence est presque constante dans la fièvre puerpérale, et surtout dans l'intoxication purulente.

La réaction fébrile n'est pas toujours franche ; ordinairement très-vive à la suite de l'intoxication morveuse et farcineuse, de l'intoxication purulente, de la fièvre traumatique, elle est souvent étouffée et incomplète dans la fièvre puerpérale et l'intoxication par du pus altéré.

L'affaiblissement général, l'indifférence, sont à leur comble dans la fièvre puerpérale, l'intoxication purulente, la morve et le farcin. L'altération des traits est surtout prononcée dans la fièvre puerpérale et l'intoxication purulente : elle est moins sensible dans l'intoxication morveuse et farcineuse ; elle est souvent presque inappréciable dans la fièvre traumatique.

La peau se colore diversement : elle devient sale, terreuse dans la fièvre puerpérale, la variole ; elle tire légèrement au jaune dans la fièvre traumatique, la morve et le farcin. Cette coloration se montre surtout autour des yeux, des ailes du nez, au pourtour des lèvres. La coloration jaune va quelquefois jusqu'à la teinte ictérique dans l'intoxication purulente (1).

---

(1) Nous pouvons affirmer, pour l'avoir vérifié plusieurs fois, que cette teinte ictérique si prononcée ne se lie pas exclusivement

Les douleurs que provoque le développement des abcès multiples sont, en général, peu vives, mal circonscrites. Il y a cependant beaucoup de degrés : les abcès multiples de la morve et du farcin sont ceux qui déterminent le plus de sensibilité ; ceux qui appartiennent à la fièvre puerpérale et à l'intoxication purulente occupent, au contraire, le bas de l'échelle.

En quelques points que se développent les abcès multiples, quelles que soient les circonstances dans lesquelles ils se montrent, le pronostic est toujours grave ; cependant cette gravité est principalement subordonnée à l'importance des organes au sein desquels ils sont placés. Les abcès multiples du foie, du poumon, du cerveau, qu'on rencontre si souvent dans la fièvre traumatique et l'intoxication purulente, sont d'une tout autre gravité que les abcès multiples de la variole du farcin aigu et du farcin chronique, dont le siége est dans le tissu cellulaire sous-cutané, et même que certaines collections purulentes de la fièvre puerpérale qui occupent le tissu cellulaire sous-péritonéal ou le tissu cellulaire intermusculaire.

Quant à la terminaison des abcès multiples, les collections purulentes internes mènent le plus souvent et d'une manière rapide à la mort. Parmi les abcès multiples extérieurs, ceux-là seulement qui se montrent sous l'influence d'un principe spécifique (variole et farcin) ne marchent que très-difficilement vers la guérison ; ils entraînent des suppurations et des ulcérations interminables, et conduisent ainsi, moins directement, mais peut-être aussi sûrement, à une terminaison funeste.

Restent les causes sous l'influence desquelles se développent les abcès multiples, dans les trois circonstances prin-

---

aux cas d'abcès multiples du foie. Maréchal l'avait bien reconnu : aussi attribuait-il (mais à tort) cette coloration à la présence du pus dans l'épaisseur de la peau.

cipales que nous avons signalées. Après les détails dans lesquels nous sommes entré déjà, nous pouvons établir comme circonstance nécessaire, comme cause essentielle, la présence d'une inflammation pyogénique, de nature spécifique ou non, dans un point de l'économie. Mais tandis que, dans la fièvre puerpérale et dans la fièvre traumatique, les circonstances débilitantes, l'altération de l'air par l'entassement des individus, et quelquefois des prédispositions individuelles, jouent le rôle de causes déterminantes; dans l'intoxication, l'introduction dans le système circulatoire du principe toxique paraît être le point capital. Au reste, si nous voulons aller au delà, si nous voulons pénétrer dans le mode d'action, nous reconnaissons que l'entassement des malades, pas plus que l'introduction du pus ou de tout autre agent toxique dans l'organisme, ne rend un compte satisfaisant du développement de ces abcès.

Dans le court parallèle que nous venons d'établir entre ces diverses espèces d'abcès multiples, nous avons fait remarquer des différences de forme, d'étendue, de siége, quelques nuances dans les symptômes. Nous avons reconnu encore des différences réelles dans les causes déterminantes; mais, d'un autre côté, cause initiale, mode de développement, marche, caractères anatomiques essentiels, tout est semblable. Nous pouvons donc poser ici des conclusions générales, nous réservant de les éclairer immédiatement par les correctifs que nécessitent des faits aussi variés que ceux que nous avons eu à rassembler et à comparer :

1° Dans quelque circonstance que se forment les abcès ou les collections purulentes multiples, leur apparition est toujours consécutive à un travail inflammatoire avec suppuration, occupant ou ayant occupé un ou plusieurs points des surfaces tégumentaires internes ou externes.

2° La multiplicité de ces collections, la rapidité avec laquelle elles passent à la suppuration, les caractères spéciaux

qui leur appartiennent et qui les suivent partout, l'inconstance de leur siége, montrent qu'on ne peut les considérer comme des faits isolés, sans liaison et sans rapport les uns avec les autres ; mais bien qu'elles se développent sous l'influence d'une cause générale, qui les tient sous sa dépendance immédiate.

3° Cette cause, bien connue dans ses effets, la tendance à la formation du pus dans les solides et dans les liquides de l'économie, nous l'appelons *diathèse purulente.*

4° La pénétration du pus en nature ou du pus altéré dans le système circulatoire ne peut avoir pour résultat *direct* la formation des abcès multiples. Le développement de ces collections purulentes en dehors de cette pénétration, la rareté du fait lui-même, établissent que ce ne peut être qu'une circonstance prédisposante à un haut degré, et rien de plus.

5° La présence du principe spécifique paraît imprimer quelque chose de particulier à la marche des abcès multiples qui surviennent pendant le cours des maladies de cette espèce.

ÉTUDES SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR ABAISSEMENT

(Lues à la Société de chirurgie de Paris, le 16 août 1845);

Par L. Gosselin, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du Bureau central.

(Fin.)

7° *Description de M. Sichel.* — Dans un livre dont les détails sont loin d'être faciles à saisir, M. Sichel a néanmoins présenté quelques préceptes fort utiles sur l'opération par abaissement. Il commence par établir la différence qui existe entre la dépression et la réclinaison : dans la première, dit-il, on place le cristallin dans le corps vitré, de telle manière que son bord supérieur devient antérieur, et que sa face posté-

figure regarde en haut ; dans la seconde, on fait basculer le cristallin, et on le place de telle façon que son bord supérieur vient regarder en arrière et sa face postérieure en bas. Ainsi, M. Sichel ne pense pas que, dans la dépression, le cristallin puisse jamais rester de champ, et j'ai dit que mes recherches m'avaient conduit également à ce résultat; néanmoins, l'auteur décrit toujours à part les deux procédés. Pour mon compte, je n'en vois pas beaucoup la nécessité.

M. Sichel se sert d'une aiguille dont la lance est très-étroite, et dont la tige est arrondie régulièrement sans se renfler du côté du manche. Pour le manuel opératoire, il admet trois temps : 1° piqûre de la sclérotique, 2° déchirure de la capsule, 3° abaissement. Ainsi, M. Sichel établit un temps spécial pour la déchirure de la capsule ; il veut que cette déchirure soit faite avant l'abaissement, et non pas en même temps que lui, comme l'ont voulu Scarpa, MM J. Cloquet et A. Bérard.

Je ne m'arrêterai pas au premier temps ; l'auteur veut que l'on pénètre au-dessus ou au-dessous du diamètre transversal de l'œil, suivant que l'on veut faire la dépression ou la réclinaison. Je n'attache pas à ce précepte une grande importance ; seulement, comme le chirurgien n'est jamais bien sûr de ce qu'il pourra faire, et qu'il est plus facile d'exécuter les deux procédés lorsque l'aiguille a pénétré au-dessous du diamètre transversal, je crois que ce dernier point est le plus avantageux. M. Sichel donne ensuite le moyen de ne pas *harponner* le cristallin dans ce premier temps de l'opération. Je crois qu'on l'évite, en effet, si l'on se sert d'une aiguille à lance très-étroite, comme est celle de M. Sichel ; mais qu'au contraire, avec une aiguille à lance un peu large, comme celle dont je me suis servi et dont on se sert généralement pour les autres procédés, on passe souvent derrière la capsule ou à travers elle.

Deuxième temps. — M. Sichel rappelle que plusieurs chi-

rurgiens (il ne dit pas lesquels) ont donné pour précepte d'abaisser en même temps le cristallin et la capsule non déchirée. Quand cette dernière est saine, l'auteur pense que ce résultat ne peut être obtenu, c'est-à-dire que la capsule ne s'abaisse pas; cette assertion est importante et ne saurait être trop répétée. Pour moi, j'ai souvent cherché à obtenir cet abaissement simultané, et je n'y suis jamais parvenu. Comment, en effet, peut-on y parvenir? En détruisant les adhérences qui existent entre la couronne de Zinn et la capsule, ou bien, en détachant les adhérences de la couronne de Zinn avec la rétine et les procès ciliaires de la choroïde; mais, dans ce dernier cas, on produirait de grands désordres, et, dans le premier, les adhérences m'ont toujours paru trop fortes pour qu'on puisse les détacher; elles résistent plus que la capsule postérieure et le corps vitré, que la pression tend à déchirer en même temps. Cependant, ajoute M. Sichel, lorsque la capsule est devenue opaque, elle a plus de résistance, est plus solidement unie avec le cristallin, et alors on peut la plonger intimement dans le corps vitré. Cette assertion de M. Sichel est-elle juste? Je ne puis répondre ici par l'expérience sur le cadavre; car tous les sujets que j'ai opérés avaient la capsule dans cet état d'intégrité, que l'auteur donne comme s'opposant à son abaissement. Il faudrait donc que la capsule, en devenant opaque, perdît une partie de ses adhérences avec la couronne ciliaire. La chose est possible, mais elle n'est pas démontrée; et si je m'en rapporte aux faits déjà assez nombreux dans lesquels j'ai vu, malgré tous les efforts du chirurgien, la capsule opaque rester en partie ou en totalité à sa place, j'ai bien le droit de dire que le chirurgien ne doit pas compter sur cet abaissement simultané.

En tout cas, si l'assertion de M. Sichel était exacte, il s'ensuivrait que le manuel opératoire ne devrait pas être le même pour la cataracte capsulaire ou capsulo-lenticulaire que pour la cristalline, et cependant aucun auteur jusqu'ici,

pas même M. Sichel, n'a établi de distinction à cet égard.

Quoi qu'il en soit, voyons le deuxième temps : l'aiguille étant arrivée au niveau de la pupille, on tourne un des tranchants en arrière, et on tâche d'inciser la capsule par pression ou par traction. La pression est souvent insuffisante ; elle a pour résultat de déterminer nue petite fossette sur le cristallin, et d'opérer une déchirure au-dessous de l'endroit où l'on fait cette pression. Si donc on continuait à presser, on pourrait faire basculer le cristallin par cette ouverture et le faire passer dans la chambre antérieure. Il faut alors tâcher d'inciser la capsule dans le sens diagonal ou horizontal, en retirant un peu l'aiguille dans le sens suivant lequel elle a été introduite dans l'œil, de manière à sillonner la capsule dans une grande étendue. Plusieurs incisions parallèles à la première peuvent être pratiquées au-dessus et au-dessous d'elle.

Certainement de pareilles manœuvres sont propres à détruire la capsule au niveau de la pupille ; mais remarquons bien les dernières paroles de M. Sichel : « Ces manœuvres ne sont exemptes ni de difficultés ni de dangers. D'une part, il n'est jamais facile d'inciser la capsule qui cède aisément à la pression exercée par l'aiguille ; d'un autre côté, la proximité de l'iris peut donner lieu à des lésions involontaires de cette membrane. » Ces réflexions sont très-justes : il m'est arrivé plusieurs fois, après avoir exécuté avec une aiguille à lance étroite le deuxième temps de M. Sichel, sans déplacer le cristallin, de trouver de simples dépressions au lieu de déchirures à la capsule antérieure, et de trouver cette membrane beaucoup moins lésée que ne l'aurait fait croire les mouvements nombreux imprimés transversalement à l'aiguille.

Troisième temps. — Pour la dépression, on reporte la concavité de l'aiguille sur le bord supérieur du cristallin ; on dirige le manche vers le front, en se servant de l'instrument comme d'un levier du premier genre. Pour la récli-

naison, on place la concavité sur la face antérieure du cristallin, et dans une direction oblique telle, que la pointe soit cachée par la partie supérieure et interne de l'iris; on élève ensuite le manche en haut et en dedans.

Le 7 juin 1845, sur un œil gauche qui était assez frais, et sur lequel le cristallin n'avait point été rendu opaque artificiellement, j'ai introduit une aiguille étroite que je crois avoir fait cheminer entre l'iris et la capsule cristalline; puis j'ai dirigé un des tranchants en arrière, et j'ai tâché de la porter transversalement, de manière à inciser dans ce sens et quatre fois, à des hauteurs différentes, la capsule cristalline. Enfin, j'ai porté l'aiguille sur le haut du cristallin, et j'ai simulé la réclinaison à trois reprises, ne sachant pas si la lentille se déplaçait ou non. L'examen de l'œil m'a fourni les résultats suivants : 1° un petit lambeau du centre de la capsule qui était tombé dans la chambre antérieure; 2° un autre petit lambeau triangulaire ratatiné sur lui-même à la partie inférieure et externe; 3° le cristallin à sa place, mais réduit en une infinité de petits fragments, que j'ai fait sortir un à un par la capsule ouverte; 4° alors j'ai constaté un large trou au centre de la capsule; ce trou était limité par plusieurs lambeaux revenus sur eux-mêmes du centre vers la périphérie.

Dans ce cas, ainsi que dans bien d'autres, c'est la mollesse du cristallin qui s'est opposée à son déplacement; je l'ai rapporté pour faire voir les résultats fournis par ce procédé quand on réussit à bien l'opérer.

Ainsi, pour résumer ce qui a trait au procédé de M. Sichel, je puis dire qu'il permet quelquefois, mais non pas toujours, de bien déchirer la capsule antérieure dans un point qui corresponde au centre de la pupille; mais on s'expose à blesser l'iris, et, d'un autre côté, la manœuvre exige un temps assez long. J'ai souvent entendu M. le professeur Blandin dire, dans ses leçons, qu'une des conditions de succès

était la rapidité de l'opération, et qu'à cause de cela il fallait laisser l'aiguille le moins longtemps possible dans l'intérieur de l'œil, et j'ai vu qu'en général l'inflammation était moins intense quand on avait opéré rapidement. Or, pour bien diviser la capsule, en suivant la description de M. Sichel, il ne faut pas aller vite, et, d'un autre côté, pour éviter la lésion de l'iris, on doit se servir d'une aiguille étroite, avec laquelle l'abaissement est plus difficile, qui peut obliger par conséquent à répéter plusieurs fois la manœuvre du troisième temps. De là résulte que l'opération se trouve encore allongée, que l'on blesse davantage le corps vitré, ou que, le cristallin se divisant, on substitue le broiement à l'abaissement que l'on voulait faire et que l'on avait raison de préférer.

Je ne conclus pas de tout cela que les préceptes de M. Sichel soient mauvais; je dis seulement qu'ils ne sont pas irréprochables, et cela parce que la perfection dans le manuel opératoire de l'abaissement est difficile, peut-être impossible à réaliser.

8° *Description de M. Velpeau.* — Dans son *Traité de médecine opératoire* (tome III), M. Velpeau décrit d'abord ce qu'il appelle le procédé ordinaire, et le divise en plusieurs temps; division importante que Weller et M. Sichel nous ont déjà présentée, et qui a l'avantage de mettre mieux sous les yeux du lecteur tout ce qu'il est nécessaire de faire pendant l'opération.

Le premier temps est celui qui consiste à introduire l'aiguille; dans le deuxième temps, « il faut tourner la convexité de l'aiguille en avant, et la faire glisser jusqu'à la pupille entre l'iris et la capsule cristalline, sans blesser ni l'une ni l'autre, si faire se peut. Ensuite on promène *circulairement* la pointe à plusieurs reprises sur la circonférence antérieure du corps lenticulaire dont on déchire ainsi l'enveloppe autant que possible. Cela fait (troisième temps), on applique l'arc

de l'aiguille en plein sur le devant de la cataracte, et on l'entraîne par un mouvement de bascule en bas, en dehors et en arrière dans le fond de l'œil, au-dessous de la prunelle, où on le tient fixé pendant une minute. — Quatrième temps. — On retire l'instrument, suivant les règles ordinaires. »

Après cette description, qui est aussi claire que possible, M. Velpeau donne certains détails sur l'exécution des divers temps. Je dois m'arrêter sur quelques-uns. A propos du premier temps, l'auteur dit : « La lésion de la rétine est inévitable, quand on pénètre à travers la sclérotique, à quelque distance que ce soit de la cornée. » Je crois cette assertion un peu exagérée, et je renvoie à ce que j'ai dit plus haut sur ce sujet.

J'appelle surtout l'attention du lecteur sur les réflexions suivantes : « On doit faire proéminer la pointe de l'aiguille jusque dans la chambre antérieure, pour être sûr de ne pas manœuvrer entre la lentille et son enveloppe ; la déchirure de cette dernière est plus délicate et plus importante qu'on ne le pense généralement. C'est par la *circonférence qu'il faut commencer ;* si on la perçait d'abord au centre, il serait ensuite très-difficile d'en détacher les lambeaux, et d'empêcher la formation d'une cataracte secondaire. Le meilleur moyen serait sans contredit de déprimer à la fois le cristallin et sa capsule sans les rompre, comme l'ont conseillé quelques auteurs ; mais comment conduire une membrane aussi mince au fond de l'œil sans la diviser, pour peu que ses adhérences aient conservé de solidité ? »

D'après ce que j'ai dit plus haut, j'admets entièrement les difficultés énoncées par ces dernières paroles de M. Velpeau, qui n'a pas admis, comme M. Sichel, une exception pour les cas d'opacité de la capsule ; ce qui établit une différence essentielle entre la description de M. Velpeau et toutes les autres, c'est le conseil donné par ce chirurgien de déchirer la capsule à sa circonférence, circulairement et sans toucher au

centre. Ce précepte est très-rationnel sans doute ; car les débris de la capsule ainsi déchirée pourront s'abaisser, se placer dans l'humeur vitrée avec le cristallin. Mais si le précepte est rationnel, est-il d'une exécution facile ? Ici les propres paroles de l'auteur vont nous servir à répondre : « Si la capsule a d'abord été ouverte à son centre, dit-il, il sera fort difficile d'en détacher les lambeaux. » Or, M. Velpeau a laissé entrevoir que l'aiguille pouvait s'engager, malgré la volonté du chirurgien, dans l'appareil cristallinien. J'ai dit moi-même et je répète ici que, dans la grande majorité des cas, l'aiguille pénétrait derrière la capsule ; si donc cela a eu lieu, au moment où l'on poussera l'aiguille vers la pupille, on déchirera la capsule à son centre, comme l'a indiqué Sanson, et ainsi la déchirure circulaire de M. Velpeau se trouvera impossible.

Pour moi, du moins, je n'ai pu l'obtenir sur le cadavre. Faut-il m'en prendre à une maladresse de ma part, ou bien à un hasard malencontreux ? Je ne sais ; mais les huit yeux sur lesquels j'ai essayé cette manœuvre m'ont offert tantôt une déchirure de la capsule vers son centre, tantôt un ou plusieurs lambeaux triangulaires, tantôt une éraillure en un seul ou en plusieurs points de la circonférence, mais jamais un détachement circulaire complet qui eût permis de déplacer avec le cristallin une grande partie de la capsule antérieure. Je ne prétends pas dire pour cela que le manuel opératoire prescrit par M. Velpeau exposera plus que les autres à une cataracte secondaire : non, car d'abord il arrivera le plus souvent que la capsule sera ouverte d'arrière en avant par l'aiguille engagée involontairement derrière elle, et l'on obtiendra de cette manière les résultats dont j'ai parlé à l'occasion de la description de Sanson ; et, d'une autre part, en cherchant à promener l'aiguille circulairement, on pourra déchirer de nouveau et plus amplement la capsule. Je dis seulement que le chirurgien ne peut pas exécuter ce que con-

seille M. Velpeau, et que, dans ce procédé comme dans beaucoup d'autres, la déchirure de la capsule est confiée plutôt au hasard qu'au talent du chirurgien. L'auteur dont je parle a d'ailleurs reconnu cette insuffisance de la manœuvre circulaire; car il a dit un peu plus loin que si, après l'abaissement, on constate quelques lambeaux opaques de la capsule, il faut les entraîner ou dans le corps vitré ou dans la chambre antérieure. Or, cela est très-difficile, ajoute-t-il; il faut beaucoup d'adresse et d'habitude pour embrocher chaque lambeau l'un après l'autre avec la pointe de l'aiguille. J'en ai assez dit sur ce sujet pour que l'on sache combien je m'associe à ces idées de M. Velpeau sur les difficultés de la déchirure de la capsule après l'abaissement du cristallin; dans ma conviction, il faut plus que de l'adresse et de l'habitude: il faut être servi par un hasard heureux.

M. Velpeau décrit ensuite un autre procédé emprunté à la pratique de M. Bretonneau, et qui a son origine dans la méthode de Petit et Ferrein. Ces chirurgiens, en vue d'éviter la lésion de l'iris et de faciliter la descente du cristallin, introduisaient leur aiguille et la dirigeaient en arrière dans le corps vitré, puis déchiraient avec la pointe la capsule postérieure, saisissaient la lentille par derrière et l'abaissaient, sans toucher à la capsule antérieure. Les auteurs modernes ont reconnu que ce procédé était défectueux, parce que l'intégrité conservée de cette capsule antérieure exposait presque nécessairement à une cataracte secondaire. MM. Bretonneau et Velpeau ont donc combiné le procédé de Petit et Ferrein avec celui des modernes: ils portent d'abord l'aiguille dans le corps vitré, déchirent cet organe pour préparer le chemin que doit suivre la lentille cristalline; puis, ramenant la pointe de l'instrument par-dessous cette dernière dans la chambre postérieure, ils déchirent la capsule antérieure et complètent l'abaissement. Cette manière de faire a peut-être l'avantage d'éviter plus sûrement la lésion de l'iris; mais je ne

suis pas bien certain que la déchirure préalable du corps vitré et de la capsule postérieure favorise beaucoup la descente du cristallin, je puis affirmer du moins que, sur le cadavre, elle ne rend pas l'abaissement plus facile. Cependant, comme il est possible que les choses se passent autrement sur le vivant, je ne puis rien dire de décisif à cet égard, bien que la résistance de la capsule et du corps vitré me paraisse trop faible pour nécessiter cette déchirure préalable. Ce procédé a d'ailleurs l'inconvénient d'être un peu plus long et peut-être d'exposer davantage à une opacité consécutive de l'humeur vitrée.

Je ne quitterai point l'ouvrage de M. Velpeau, sans recommander la lecture du chapitre consacré au parallèle des diverses méthodes : on trouve là, sur les difficultés de l'opération par abaissement, des vérités dont le jeune chirurgien ne saurait trop se pénétrer, et sur lesquelles on glisse en général trop rapidement. M. Velpeau exige une grande habileté chez l'opérateur qui entreprend l'abaissement. Sans doute cette condition est nécessaire ; mais avec elle encore on ne fait que rarement tout ce qu'il faudrait faire, et on n'a que des demi-succès. Les observations mêmes de M. Velpeau, dont personne ne contestera l'habileté, seraient là au besoin pour démontrer ce que j'avance.

9° *Description de M. Malgaigne.* — Dans son *Manuel de médecine opératoire*, l'auteur décrit d'abord, sous le nom de *procédé ordinaire*, une manœuvre dans laquelle l'aiguille, après avoir passé entre l'iris et la capsule, est ensuite appliquée sur la circonférence du cristallin qu'elle enfonce par un mouvement de bascule en bas, en dehors et en arrière. M. Malgaigne ne parle donc pas de déchirer la capsule, et plus loin il laisse voir que, dans sa pensée, on doit en effet, par ce procédé, abaisser capsule et lentille.

M. Malgaigne décrit ensuite, sous le nom de *procédé nouveau*, une manœuvre dans laquelle on pénètre derrière le cris-

tallin pour déchirer d'abord la capsule postérieure, remonter ensuite dans le corps vitré, saisir la lentille par le haut et l'abaisser sans toucher à la capsule antérieure. Il m'a semblé que ce procédé était tout simplement celui de Petit et Ferrein, et je n'ai pas bien compris la dénomination de procédé nouveau que lui donne M. Malgaigne. Il faut bien remarquer aussi que le nom de *procédé ordinaire* donné au précédent est capable d'induire en erreur ; car il tendrait à faire croire que le plus grand nombre des chirurgiens ont, en effet, l'intention d'abaisser le cristallin et sa capsule. Or, nous savons que, parmi les auteurs étudiés jusqu'à présent, un seul peut-être, Weller, a été de cet avis ; et nous savons en outre, d'après ce que m'ont permis de constater les procédés de Scarpa et de MM. Cloquet et A. Bérard, exécutés sur le cadavre, que par cette manœuvre l'aiguille déchire la capsule antérieure, le cristallin déchire la postérieure ; qu'ainsi la lentille seule est abaissée... J'ai donc eu raison d'établir que les auteurs classiques les plus recommandables ne s'entendaient pas bien, et que la lecture de tous embarrassait singulièrement celui qui voulait faire le mieux possible.

Cependant, comme le *Manuel de médecine opératoire*, par sa nature même, ne se prêtait pas à de grands développements, j'ai cherché ailleurs les opinions de M. Malgaigne, et j'en ai trouvé l'exposition un peu succincte, mais assez nette, dans son *Traité d'anatomie chirurgicale* (tome Ier, p. 371). Là M. Malgaigne semble toujours admettre que les chirurgiens veulent abaisser la capsule et le cristallin en même temps; mais il voit à cette manière de faire deux inconvénients principaux : c'est que d'abord la résorption n'est point aussi facile ni aussi prompte que si le cristallin est dépouillé de son enveloppe; c'est qu'ensuite la réascension est beaucoup plus facile. Partant de là, M. Malgaigne veut abaisser le cristallin tout seul : pour cela, il laisse intacte la capsule antérieure et adopte le procédé de Petit, parce qu'il

permet de mieux détruire les adhérences qui s'opposent à l'abaissement du cristallin. Quant à la cataracte secondaire par l'opacité du feuillet antérieur, M. Malgaigne ne la redoute pas, et cela parce que Pellier, qui opérait ainsi, dit n'avoir jamais vu cet accident. Mais il eût fallu prouver d'abord que Pellier était un observateur sévère et véridique, ce qui pour moi est fort contestable. En tout cas, et c'est la seule chose que je tiens à faire ressortir actuellement, M. Malgaigne, auteur des plus souvent consultés, se met en désaccord avec Scarpa, Sanson, MM. J. Cloquet, A. Bérard, Velpeau, Sichel et bien d'autres, en voulant que l'on respecte la capsule antérieure. M. Malgaigne a-t-il raison? C'est ce que j'examinerai plus amplement dans la seconde partie de ce travail.

10° *Description de M. Vidal (de Cassis).* — Cet auteur a donné, dans son *Traité de pathologie,* une description très-claire de l'opération par abaissement. Il la divise en quatre temps; mais ces temps ne sont pas tout à fait les mêmes que ceux de Weller et de M. Velpeau : dans le premier, on introduit l'aiguille; dans le second, on la fait passer entre l'iris et la capsule; dans le troisième, on déchire la capsule; dans le quatrième, on abaisse. Le troisième temps est toujours celui qui appelle plus spécialement notre attention. Suivant M. Vidal, pour faire le déchirement de la capsule, la plupart des chirurgiens exécutent avec l'aiguille des mouvements de haut en bas et de bas en haut, ou des mouvements en arc de cercle répétés; il importe de commencer par la circonférence, afin de pouvoir détacher des lambeaux plus grands de la membrane : on s'assure que l'aiguille n'est pas entre la capsule et le cristallin par la résistance qu'éprouve la pointe en la dirigeant en avant. Cette manœuvre peut sans doute amener un bon résultat; mais ce n'est pas celle que conseillent la plupart des auteurs, et il y a toujours ici l'incertitude de savoir si l'on passera devant ou derrière la capsule,

incertitude qui ne permet pas au chirurgien de décider exactement à l'avance ce qu'il fera.

Le point capital dans le livre de M. Vidal, c'est qu'il supprime le troisième temps (incision de la capsule) quand il s'agit d'une cataracte capsulaire ou capsulo-lenticulaire. L'auteur, adoptant en cela l'opinion émise par M. Sichel, croit que, dans les cas d'opacité de la capsule, celle-ci est plus intimement adhérente au cristallin, et facile à abaisser avec lui; il formule donc le précepte de les abaisser ensemble, précepte que M. Sichel n'avait point établi, et qu'il me faudra discuter tout à l'heure.

Après une exposition générale des difficultés de l'opération, M. Vidal, pour éviter d'entrer dans la capsule pendant le second temps, propose de ne pas diriger d'abord l'aiguille vers la pupille, ni en haut, comme l'ont voulu Scarpa et Sanson, mais plutôt en bas, pour ramener ensuite l'instrument de bas en haut; ensuite on déchirera la capsule au moyen de deux incisions, l'une verticale, l'autre transversale, et l'on aura ainsi une ouverture en forme de ⊢ faite à cette membrane. J'ai essayé ce procédé, comme les autres : il m'a donné deux fois un bon résultat, c'est-à-dire une ouverture suffisante de la capsule, mais non point de la forme qu'a indiquée M. Vidal, et je crois bien que, dans les deux cas, l'aiguille était remontée derrière la membrane et l'avait déchirée d'abord d'arrière en avant.

Je pourrais pousser plus loin cette analyse des auteurs qui ont parlé de l'abaissement, examiner, par exemple, les procédés de MM. Goyrand, Bergeon, Tavignot et quelques autres encore; mais ces procédés ne sont pas généralement adoptés, par des raisons que je crois plausibles. Ce serait donc donner une étendue inutile à mon travail que de m'en occuper longuement. Pourtant il me faut bien dire un mot du procédé de Mackenzie. Ce chirurgien admet aussi quatre

temps : 1° l'aiguille est introduite à travers la sclérotique jusque dans l'humeur vitrée, sans traverser la rétine ; 2° on déchire la capsule postérieure par des mouvements de haut en bas et de bas en haut ; 3° on fait passer l'aiguille dans la chambre antérieure au-dessous du bord du cristallin ; on tourne la pointe vers l'hémisphère antérieur de la capsule, que l'on divise dans toute son étendue ; 4° on abaisse ou on récline. Ce procédé est, en définitive, à peu près le même que celui de MM. Bretonneau et Velpeau ; seulement Mackenzie ne dit pas les raisons qui le lui font adopter, et en parle comme s'il n'en existait pas d'autres dans la science.

SECONDE PARTIE.

Il demeure évident, d'après tout ce qui précède, que les chirurgiens ne sont pas d'accord sur la manière de procéder à l'abaissement. On peut établir entre les auteurs qui ont écrit sur ce sujet deux grandes classes. Les uns croient qu'il faut et que l'on peut abaisser en même temps la capsule non ouverte et le cristallin : tels sont Weller, M. Malgaigne, et tous les chirurgiens antérieurs à Scarpa, qui n'avaient pas établi de distinction pour la capsule ; tels sont M. Vidal (de Cassis) et M. Sichel pour les cas de cataractes capsulaires. Les autres veulent que l'on abaisse le cristallin sans la capsule ; mais ils se divisent eux-mêmes en deux groupes : le premier se compose des chirurgiens qui, craignant la cataracte secondaire par opacité de la capsule antérieure, veulent la faire disparaître du champ de la pupille ; le second de ceux qui, déchirant seulement la capsule postérieure, laissent intacte l'antérieure. Au premier de ces groupes appartiennent Scarpa, Boyer, Sanson, MM. J. Cloquet, A. Bérard, Sichel, Velpeau, Mackenzie, et un grand nombre d'autres. Au second appartiennent seulement Petit, Ferrein, Pellier, et, parmi nos contemporains, M. Malgaigne. Ainsi, le plus grand nombre des

auteurs est partisan de la déchirure de la capsule antérieure, mais viennent les nuances diverses dans l'exécution. Pour essayer de lever une partie des difficultés qui se présentent au milieu de ces divergences, je terminerai par l'examen des trois questions suivantes : 1° Que doit se proposer le chirurgien, quand il procède à l'abaissement? 2° quelle est la manœuvre la plus avantageuse; 3° sur quels résultats doit-on compter?

1° *Que doit se proposer le chirurgien?* — Avant de commencer l'opération, le chirurgien doit avoir décidé s'il essayera d'abaisser en même temps la capsule et le cristallin, ou bien s'il abaissera le cristallin seul. Ce dernier parti est, selon moi, de beaucoup préférable. En effet, supposons que le cristallin soit abaissé avec son enveloppe, Sœmmering et M. Malgaigne nous ont dit ce qui arriverait : d'abord la réascension serait beaucoup plus facile, parce que, lisse à sa surface, l'organe serait beaucoup moins enchevêtré et retenu par les cellules de l'humeur vitrée; ensuite l'organe ainsi abaissé résisterait beaucoup plus longtemps à la résorption. Il serait peut-être nécessaire de discuter longuement la valeur de ces raisons : je ne le ferai pas, car j'en suis dispensé par ce qui me reste à dire sur ce sujet, savoir, que l'abaissement simultané des deux parties doit être regardé comme à peu près impossible. J'appuie cette proposition sur le raisonnement et l'observation. Que nous montre l'anatomie? Elle nous montre le cristallin enveloppé par une membrane qui ne lui adhère pas très-solidement, dont le feuillet postérieur est extrêmement mince, et beaucoup plus intimement confondu avec la partie antérieure du corps vitré qu'avec la lentille elle-même; elle nous montre ensuite la capsule unie très-étroitement par sa circonférence avec la zone ciliaire, unie si étroitement, que, même en anatomisant, on ne peut les séparer l'une de l'autre; elle nous montre enfin la zone ciliaire unie elle-même assez étroitement avec la terminaison

de la rétine d'une part, avec les procès ciliaires de la choroïde d'autre part. Eh bien! à quelles conditions l'abaissement simultané serait-il possible? A la condition 1° que la capsule postérieure si mince résisterait à la déchirure, et que le corps vitré si bien confondu avec elle se laisserait seul ouvrir par les efforts de pression exercés avec l'aiguille sur l'appareil cristallinien; 2° à la condition aussi que la couronne de Zinn n'apporterait point de résistance, ou bien se déchirerait elle-même, se séparerait de la rétine et des autres parties qui la retiennent, ainsi que je l'ai constaté dans plusieurs de mes expériences, sur des yeux qui n'étaient point frais. Or, le raisonnement nous dit que cela n'est pas possible: quand une aiguille passera sur la partie antérieure et supérieure de l'appareil cristallinien, il arrivera presque nécessairement que la capsule postérieure s'ouvrira en même temps que le corps vitré, et laissera passer la lentille toute seule, parce que la résistance de ces parties est moins grande que la résistance apportée par les connexions de la capsule à sa périphérie. Ensuite, que démontre l'observation sur le cadavre? Je l'ai dit plus haut, il m'a toujours été impossible d'obtenir, sur les yeux que j'ai opérés, l'abaissement simultané; toujours la capsule postérieure s'est ouverte par la simple pression exercée avec l'aiguille, et, en outre, il est arrivé le plus souvent que, dans l'endroit où l'aiguille avait été appliquée, la capsule antérieure elle-même s'était ouverte. Mais ici une objection se présente: les résultats cadavériques ne doivent pas faire loi dans cette circonstance; il est possible que les choses se passent autrement sur le vivant; il est possible, comme l'ont admis MM. Sichel et Vidal, qu'en devenant opaque la capsule devienne plus solidement unie avec le cristallin et moins solidement avec la couronne de Zinn. Je demanderai à mon tour où sont les preuves de ces assertions. J'ai vainement cherché dans les auteurs une description anatomo-pathologique de la cataracte qui permît de dire si réel-

lement les connexions avaient changé par suite de l'opacité. Il y a une étude nouvelle à faire sur ce sujet : pour ma part, je suis à la recherche d'yeux cataractés ; mais un seul fait jusqu'ici s'est présenté à mon observation, et comme il nous intéresse sous plusieurs rapports, je consigne ici les détails de l'autopsie. Il s'agit d'un homme de 61 ans, nommé Yvart (Amable-François), faible de constitution et d'intelligence, qui était entré à l'hôpital des Cliniques le 18 mars 1845, avec une double cataracte. M. Nélaton opéra l'œil gauche par extraction, le 25 du même mois ; lorsque je pris le service, le 24 juillet 1845, je trouvai cet homme dans l'état suivant : l'œil droit, qui n'avait point été opéré, présentait une cataracte capsulo-lenticulaire caractérisée par une teinte opaline située en arrière de la pupille, et par un aspect nacré et miroitant ; l'iris était mobile, la pupille non adhérente. L'œil gauche, celui qui avait été opéré par extraction, offrait une cataracte secondaire avec rétrécissement, adhérence circulaire et immobilité de la pupille ; la vision était complétement abolie, tout au plus le malade pouvait-il distinguer le jour d'avec la nuit. J'avais l'intention d'opérer l'œil droit ; mais l'état de faiblesse extrême dans lequel se trouvait cet individu m'engagea à attendre. J'essayai de relever ses forces par un régime fortifiant et par l'exercice modéré ; mais ce fut en vain. Il fut pris, vers la fin du mois dernier, d'une diarrhée abondante qui résista à tous les moyens employés, et amena la mort le 6 septembre 1845. Le lendemain j'examinai les deux yeux avec soin, et voici ce que j'ai trouvé : du côté gauche, où l'extraction avait été faite, après avoir enlevé la cornée, et détaché avec précaution la grande circonférence de l'iris, je trouvai cette membrane solidement adhérente par toute l'étendue de sa petite circonférence avec une membrane blanche située en arrière de l'iris, et au devant du corps vitré. En attirant le diaphragme avec deux pinces, j'ai fait céder les adhérences ; alors j'ai vu qu'en arrière de l'iris se trouvait une membrane

opaque, adhérente au corps vitré, résistante, et plus épaisse que ne sont, dans l'état naturel, les deux feuillets de la capsule. Il est problable que cette membrane était formée par la capsule postérieure que l'extraction a dû laisser intacte, confondue avec les débris de la capsule antérieure, et sans doute épaissie par une sécrétion et une organisation de lymphe plastique à sa surface.

J'ajouterai que le corps vitré était parfaitement transparent et limpide. Sur l'œil qui n'avait point été opéré, j'ai enlevé la cornée et l'iris pour mettre à découvert la face antérieure de l'appareil cristallinien opaque. Alors, tenant avec une pince les parties dans un vase rempli d'eau, j'ai appuyé sur la partie antérieure et supérieure de cet appareil la concavité d'une aiguille un peu large, et j'ai bien regardé si la manœuvre de l'abaissement entraînerait la capsule avec le cristallin. Il n'en a point été ainsi. La capsule antérieure s'est déchirée au niveau du point où l'aiguille la pressait; le cristallin, qui était très-dense, a déchiré le feuillet postérieur et s'est laissé enfoncer avec la plus grande facilité dans le corps vitré, en entraînant avec lui quelques débris de ce feuillet postérieur. Après l'abaissement, la capsule antérieure, complétement opaque, est restée à sa place, déchirée seulement vers le haut. Ainsi, malgré son opacité, cette membrane n'a point été abaissée; il m'a semblé qu'elle n'était point unie plus solidement que dans l'état normal avec l'humeur de Morgagni opaque elle-même. J'ai ensuite cherché si les débris de cette capsule pourraient être détachés facilement de leurs adhérences avec la zone ciliaire, j'ai trouvé les mêmes connexions que j'avais tant de fois constatées, c'est-à-dire que les tractions avaient pour résultat de déchirer ces débris de la capsule, et non pas de les décoller. Sur cet œil, comme sur le précédent, le corps vitré était tout à fait limpide.

Un seul fait ne suffit pas sans doute; mais en attendant une démonstration plus entière, il est bien permis de s'en rappor-

ter aux résultats fournis par l'inspection des parties à l'état normal, et de dire que si l'abaissement simultané n'est pas tout à fait impossible, du moins, il est extrêmement difficile.

Je l'avouerai cependant, certaines observations m'empêchent d'avoir sur ce point une conviction absolue : ce sont celles dans lesquelles on dit avoir trouvé, au bout d'un temps assez long, le cristallin toujours abaissé et enveloppé par sa capsule. W. Sœmmering a observé un fait de cette espèce qui est rappelé par M. Malgaigne. M. Lallemand en aurait observé un autre, d'après les rédacteurs des leçons de Dupuytren, et Mackenzie en signale un troisième qui lui a été communiqué par Emden. Ces faits ont-ils été observés avec toute la rigueur désirable? est-on sûr que c'était bien la capsule tout entière et point une portion du corps vitré qui enveloppait le cristallin? est-on certain que pendant l'opération on n'avait pas laissé la capsule à sa place, sinon en totalité, du moins en partie? Toutes ces questions sont délicates et je ne les déciderai point. Je dirai seulement, m'appuyant sur les exemples nombreux de cataractes capsulaires secondaires, et sur les autopsies dont j'ai été témoin, que si ces faits sont admissibles, ils sont exceptionnels, et que dans l'immense majorité des cas, l'abaissement simultané de la capsule et du cristallin est une chose sur laquelle on ne doit pas compter.

Ainsi, le chirurgien prudent ne se proposera pas un abaissement complet de la capsule. Que fera-t-il donc par rapport à cette dernière? Il faut distinguer ici le feuillet postérieur et le feuillet antérieur. Quant au feuillet postérieur, il sera tout simplement déchiré par le passage du cristallin, ses lambeaux se porteront, comme je l'ai constaté, au milieu des cellules du corps vitré, et, en supposant qu'ils puissent devenir opaques, il faudra que l'opération ait été bien malheureuse pour que cette opacité se trouve tout entière sur le trajet des rayons lumineux. Le feuillet antérieur, au contraire, ne se

trouvera pas déchiré par le cristallin lui-même ; il faut donc choisir entre l'un de ces deux partis, ou bien le laisser intact, ou bien le déchirer, l'ouvrir, pour éviter une cataracte capsulaire secondaire. Nous savons déjà que le plus grand nombre des auteurs se rangent à cette dernière opinion, et elle est, selon moi, la plus rationnelle. L'observation journalière a démontré que les cataractes secondaires sont fréquentes à la suite de l'abaissement, et que ces cataractes avaient pour siége la capsule antérieure, soit que l'opacité existât avant l'opération, soit qu'elle lui eût été consécutive. J'ai vu un grand nombre de faits de cette espèce dans les divers services de l'Hôtel-Dieu, de la Charité, de la Pitié, et dans le cours de cet été, c'est-à-dire depuis que mon attention est éveillée sur ce point, j'ai recueilli à l'hôpital de la Charité huit observations dans lesquelles, à la suite de l'abaissement, il y a eu une cataracte secondaire; sur un malade que j'ai opéré moi-même à la fin du mois de mai, j'ai obtenu un résultat semblable ; dans ce cas, ainsi que dans six des autres, la cataracte secondaire était, il est vrai, incomplète, ce qui rendait le résultat moins mauvais.

On est donc fondé à établir que, dans l'opération par abaissement, il faut ouvrir la capsule antérieure; il résultera de cette ouverture et de la manœuvre employée pour l'exécuter, que certains lambeaux entièrement détachés seront plongés avec la lentille dans les cellules de l'humeur vitrée, ou bien qu'ils passeront en partie dans la chambre antérieure où ils pourront être absorbés; mais il arrivera le plus souvent, comme je l'ai observé dans mes expériences, que ces lambeaux, conservant des adhérences vers la périphérie, reviendront sur eux-mêmes , et demeureront comme ratatinés derrière l'iris dans un point qui ne correspondra plus au passage des rayons lumineux.

2° *Quelle est la manœuvre la plus avantageuse?* —Si la capsule postérieure devait opposer au déplacement du cristallin

une résistance difficile à surmonter, il serait rationnel de la déchirer d'abord, à l'exemple de MM. Velpeau et Mackenzie; mais cette résistance me paraît trop faible pour que je croie nécessaire de suivre cette pratique; elle aurait d'ailleurs l'inconvénient d'allonger inutilement l'opération. C'est surtout la déchirure du feuillet antérieur qui doit préoccuper le chirurgien. Or, à quel moment devra-t-on la faire? Nous savons que Scarpa, MM. Cloquet et A. Bérard n'ont pas établi de temps spécial pour cette déchirure, et nous avons dit plusieurs fois qu'en effet la simple pression de l'aiguille sur l'appareil cristallinien pouvait ouvrir le feuillet antérieur, sans que le chirurgien s'en occupât d'une manière spéciale. Mais nous savons aussi qu'on obtient en général, de cette manière, une déchirure qui n'est point assez grande, qui ne correspond pas à toute l'étendue de la pupille, qui est placée trop haut. A cause de cela, je pense qu'il faut adopter un temps spécial de l'opération pour l'ouverture dont il s'agit; mais sera-ce avant ou après l'abaissement? J'ai eu l'occasion de dire que, le cristallin une fois déplacé, on avait beaucoup de peine à agir efficacement avec l'aiguille sur ce feuillet; on le déchire au contraire plus aisément quand la lentille est encore à sa place: il faudra donc essayer la déchirure avant de procéder à l'abaissement ou à la réclinaison; je dis essayer, car quoi qu'on fasse, et cela ressort encore de mes recherches cadavériques, on pourra l'avoir déchiré d'une manière insuffisante. Comment, enfin, devra-t-on diriger la manœuvre? On peut, après avoir glissé l'aiguille entre l'iris et la capsule, attaquer cette dernière par sa face antérieure; ou bien, après avoir fait passer d'abord l'instrument derrière le feuillet membraneux, le déchirer d'arrière en avant, ou des parties profondes aux superficielles. Ici l'on voudra bien se rappeler deux choses: d'abord quand, en essayant le procédé de Sanson, et quelques autres, mon aiguille, engagée involontairement en arrière de la capsule, a perforé cette membrane d'arrière en

avant, j'ai obtenu en général un bon résultat, c'est-à-dire que par cette manœuvre toute simple, et sans qu'il soit facile de s'en rendre bien compte, la capsule a subi ordinairement une déchirure d'où sont résultés un ou plusieurs lambeaux triangulaires qui se ratatinaient vers la périphérie; ensuite, à cause des dimensions étroites de la chambre postérieure, on n'est jamais sûr de pouvoir glisser l'instrument dans cette chambre même, et il s'engage souvent malgré vous derrière la capsule. Si l'on ajoute à ces deux circonstances que l'augmentation de volume de l'appareil cristallinien dans certaines cataractes, les capsulo-lenticulaires surtout, rend encore plus difficile le passage de l'aiguille entre l'iris et la capsule, que les tentatives de déchirure par la face antérieure ont été souvent inefficaces dans mes expériences, et qu'enfin il est important de pas léser l'iris, on m'autorisera, je pense, à établir en principe qu'il vaut mieux chercher à ouvrir la capsule d'arrière en avant; d'après cela, je diviserai l'opération en quatre temps;

1° Introduction, suivant les règles ordinaires, d'un aiguille à lance un peu large, à 4 ou 5 millimètres de la cornée.

2° Glissement de l'aiguille jusqu'au niveau de la pupille. Pendant ce deuxième temps, l'instrument, dont la concavité a été tournée en arrière pour ne pas produire un délabrement trop considérable du cristallin, passe derrière la capsule, à travers laquelle on peut l'apercevoir, même lorsqu'elle est opaque.

3° Déchirure de la capsule. Lorsque la pointe de l'aiguille est arrivée au delà du centre de la pupille (que je suppose avoir été dilatée préalablement au moyen de la belladone), on conduit le manche en arrière, et on fait proéminer la pointe en avant, comme pour la faire passer dans la chambre antérieure; une sensation de résistance vaincue avertit bientôt que l'instrument a franchi le feuillet membraneux et l'a déchiré. Alors, on fait exécuter à l'aiguille un mouvement de

rotation pour tourner un des tranchants en arrière et l'autre en avant, puis on exécute avec rapidité de légers mouvements de haut en bas et de bas en haut, toujours dans le champ de la pupille, afin d'augmenter encore l'étendue de la déchirure. Cette petite manœuvre est d'autant plus nécessaire que l'aiguille pourrait, malgré la volonté de l'opérateur, s'être engagée d'abord au devant de la capsule, et ainsi ne l'avoir pas déchirée d'arrière en avant.

4e temps. On fait la dépression ou la réclinaison, suivant les règles et avec les précautions ordinaires, qu'il serait inutile de répéter ici. Dans ce temps, il est possible que l'aiguille entraîne avec le cristallin quelque portion de la capsule, et que d'autres fragments passent dans la chambre antérieure; mais le chirurgien doit bien savoir qu'il n'est pas libre à cet égard de faire ce qu'il veut.

La manœuvre que j'indique, et qui est en définitive une combinaison de plusieurs procédés indiqués précédemment, me paraît plus propre que toute autre à enlever du champ de la pupille une quantité assez grande de capsule pour mettre à l'abri de la cataracte secondaire. Cependant, je suis loin de la présenter comme infaillible; il peut, malgré tout cela, rester encore une portion de la membrane, qui empêcherait le passage des rayons lumineux. Si l'opacité actuellement existante permet de s'en apercevoir, on devra, après l'abaissement, chercher à achever la déchirure; mais il faut qu'on le sache bien, on obtient très-difficilement alors un bon résultat.

3° *Sur quels résultats doit-on compter?* —Mon intention n'est pas de rappeler ici tous les accidents possibles à la suite de l'opération par abaissement; je veux seulement insister sur un point, c'est que, en supposant les suites aussi simples que possible, il est rare néanmoins d'obtenir un succès complet. En effet, bien que j'aie indiqué le procédé, à mon avis, le meilleur, pour éloigner la capsule du champ de la pupille, je ré-

pète cependant encore que le chirurgien ne sera jamais sûr d'arriver à ce but; il arrivera souvent que certaines portions de la membrane resteront en place avec leur opacité, ou bien deviendront opaques consécutivement; il pourra même se faire que certains lambeaux, après s'être ratatinés vers la périphérie, reviennent peu à peu vers le centre; et, dans tous ces cas, l'on aura derrière l'ouverture de la pupille une cataracte capsulaire quelquefois complète, le plus souvent incomplète. Le chirurgien devra, en définitive, s'estimer très-heureux, surtout dans les cas de cataracte capsulo-lenticulaire, s'il obtient seulement un demi-succès, c'est-à-dire une vision embarrassée par les débris de la capsule.

Assurément cette opération donne quelquefois des succès complets, et j'en ai observé des exemples; je dis seulement qu'ils sont rares, et que le jeune chirurgien ne doit pas trop y compter. Sous ce rapport, l'abaissement est inférieur à l'extraction : par cette dernière, en effet, la pupille est bien mieux débarrassée de la capsule antérieure, parce que cette membrane se trouve plus efficacement ouverte par le passage du cristallin à travers elle. Je n'entends pas dire pour cela que l'extraction soit préférable dans tous les cas à l'abaissement; je sais au contraire que l'abaissement, malgré ses imperfections, est quelquefois impérieusement réclamé par les circonstances. Mon but d'ailleurs n'est pas de développer ici le parallèle entre les deux méthodes; je n'aurais pas des matériaux assez nombreux pour le faire convenablement; je me contenterai d'exprimer ainsi mon opinion, en ce qui concerne le manuel opératoire : dans l'extraction, en général, le chirurgien fait ce qu'il veut faire; dans l'abaissement, le chirurgien ne fait que ce qu'il peut.

J'appellerai l'attention sur un dernier point : n'y a-t-il pas à craindre que la lésion du corps vitré par l'aiguille n'amène un changement particulier dans la nutrition de cet organe, et, par suite, un trouble assez considérable pour gêner nota-

blement la vision ? Nous avons fait remarquer plus haut que certains auteurs avaient recommandé, comme une précaution utile, de ne pas déchirer trop largement les cellules du corps vitré, mais qu'ils n'avaient pas exprimé les motifs de ce précepte. Or, je suis amené à poser cette question par l'observation de certains faits dans lesquels, à la suite de l'abaissement, la vision ne s'est point rétablie, malgré la netteté de la pupille, et par les résultats de quelques autopsies, dont je vais présenter un exposé rapide :

Un vieillard de 62 ans, complétement aveugle par suite de deux cataractes cristallines, fut reçu à l'Hôtel-Dieu vers la fin du mois de mai 1839. M. Blandin opéra d'abord l'œil gauche par abaissement ; l'inflammation fut très-modérée, et au bout d'un mois, l'œil avait repris son apparence normale, la conjonctive n'était plus injectée, la pupille était noire, régulière ; le malade pouvait distinguer certains objets, mais avec beaucoup de peine et comme à travers un nuage, ce qu'on expliquait difficilement, tant était régulière et nette l'ouverture pupillaire. A la fin de juin, l'œil droit fut opéré, également par abaissement ; cette fois l'inflammation fut très-violente et passa à l'état chronique. Un séton fut appliqué à la nuque ; mais un érysipèle qui se développa autour de ce séton fit périr le malade. Le 22 octobre, en examinant l'œil gauche nous trouvâmes le cristallin placé horizontalement dans la partie inférieure du corps vitré, lequel présentait dans toute son étendue une coloration verdâtre très-prononcée, au lieu de la transparence normale. Sur l'œil droit, le cristallin n'était pas complétement abaissé, et l'humeur vitrée présentait la même couleur verdâtre.

Le 16 juin 1845, je me trouvai par hasard à l'Hôtel-Dieu, au moment où M. Blandin examinait les yeux d'un malade qui était mort un mois après l'abaissement d'une double cataracte. Sur ces deux yeux, l'humeur vitrée présentait la même teinte verdâtre dont je viens de parler tout à l'heure.

J'ai moi-même opéré, le 2 août 1845, à l'hôpital des Cliniques, un vieillard de 75 ans; une inflammation violente avec suppuration et perforation de la cornée se développa rapidement sur l'œil gauche. L'œil droit fut moins enflammé, mais le cristallin remonta; bientôt un énorme phlegmon se développe sur la partie latérale et postérieure du cou, se termina par suppuration et amena la mort le 22 du même mois, c'est-à-dire vingt jours après l'opération. L'œil droit présentait encore une teinte jaune verdâtre de l'humeur vitrée, qui eût certainement troublé la netteté de la vision, si le malade eût survécu, et si le cristallin était resté abaissé.

Voilà donc trois malades chez lesquels, après l'opération, j'ai constaté un trouble marqué dans l'humeur vitrée. Mais ce trouble peut s'expliquer de deux manières : ou bien il existait avant l'opération et avait été le résultat d'une tendance de cet organe à devenir opaque en même temps que le cristallin; ou bien il a été causé par l'opération même, c'est-à-dire par le désordre que la manœuvre avait produit dans cet organe délicat. Assurément les faits dont j'ai parlé ne sont pas plus favorables à l'une qu'à l'autre de ces explications; pour conclure quelque chose de rationnel, il faudrait savoir si, dans les cas de cataractes, l'opacité de l'humeur vitrée accompagne souvent celle du cristallin, et rechercher si, à la suite de l'extraction, on rencontre aussi bien la même teinte opaline(1). En l'absence de faits de ce genre, et comme d'ailleurs les deux explications ne s'excluent pas absolument, j'ai pensé qu'il était utile d'appeler sur ce sujet l'attention des observateurs.

J'ai d'ailleurs tenté, à cet égard, des expériences sur les chiens : le 27 novembre 1844, j'ai pratiqué sur les yeux de deux chiens l'opération par abaissement, ou plutôt j'ai simulé

(1) Ici je rappelle le fait signalé à la page 174. Un des yeux avait été opéré par extraction, l'autre œil n'avait pas été opéré; des deux côtés, l'humeur vitrée présentait une limpidité parfaite.

la manœuvre, car chez ces animaux la mollesse du cristallin et la résistance assez grande de la capsule postérieure rendent la dépression extrêmement difficile. Le 7 décembre, j'ai opéré de la même manière deux autres chiens, et sur ceux-ci, comme sur les premiers, j'ai eu soin de faire exécuter à l'aiguille des mouvements répétés dans l'épaisseur du corps vitré; ces animaux ont été sacrifiés, les uns à la fin de janvier, les autres le 8 février 1845. Parmi ces huit yeux, quatre ont présenté la belle transparence normale du corps vitré; deux autres étaient remplis d'une sérosité rougeâtre, dans laquelle on ne distinguait plus ni humeur aqueuse, ni humeur vitrée. Mais les deux derniers étaient les plus remarquables. Sur l'un on apercevait, à la surface du corps vitré, une couleur rougeâtre, et dans sa profondeur, un aspect terne et verdâtre qui était loin de la transparence normale; sur l'autre, le corps vitré m'a offert également une légère teinte opaline moins prononcée, mais encore très-appréciable à côté d'un corps vitré qui était dans son état normal.

Ces résultats m'ont donc fortifié dans l'idée que l'opération peut très-bien être pour quelque chose dans l'opacité de l'humeur vitrée, qui s'oppose à la netteté de la vision à la suite de l'abaissement. Je me hâte d'ajouter que je ne porte pas encore un jugement définitif sur ce sujet; il faut que ces expériences soient répétées en plus grand nombre. Le temps, les circonstances ne m'ont pas permis de le faire jusqu'à présent; j'espère les reprendre bientôt, et aussi recueillir en même temps un assez grand nombre de faits, pour mieux éclaircir, si cela est possible, ce point délicat et important de l'opération par abaissement.

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie et thérapeutique médico-chirurgicales.

Abcès du cerveau (*Otite interne suivie d'*); obs. par le Dr J.-R. Cormack. — Un laboureur âgé de 43 ans, qui avait eu, dans le courant des deux derniers mois de l'année 1843, plusieurs accès d'une fièvre analogue à celle qui régnait alors dans la ville d'Édimbourg, commença à ressentir, pendant sa convalescence, des douleurs dans l'oreille droite. Vers le milieu du mois de mai de l'année suivante, il se fit, par le conduit auditif de ce côté, un écoulement de matière purulente, d'abord peu considérable; mais qui le devint beaucoup vers le commencement du mois de juillet. Les douleurs avaient diminué avec l'apparition de l'écoulement; mais le malade perdait ses forces, son intelligence était affaiblie, ses nuits troublées par des rêves. Malgré l'application de sangsues et de vésicatoires sur les tempes et autour de l'apophyse mastoïde, les accidents continuèrent, et il entra le 15 août 1844 à l'infirmerie royale d'Édimbourg. La face était altérée, la langue sèche, la peau chaude, le pouls fréquent et présentant des alternatives considérables. L'ouïe était perdue du côté droit; l'air passait librement par la trompe d'Eustache jusque dans le conduit auditif externe: preuve que la membrane du tympan était détruite dans une plus ou moins grande étendue; les douleurs étaient vives, revenaient par accès, et semblaient se propager sur le trajet de la cinquième paire. L'oreille fournissait un abondant écoulement de pus. Quelques jours après, le 20 août, on remarqua une légère teinte jaunâtre de la face. Cette coloration ne tarda pas à s'étendre à tout le corps. Bientôt douleurs vives vers l'œil droit et vers le côté droit de la tête; altération plus profonde des traits; incohérence des idées; contraction imparfaite et irrégularité des deux pupilles; en même temps l'écoulement purulent se suspendit d'une manière presque complète; le foie paraissait notablement augmenté de volume. Un traitement énergique, composé principalement de purgatifs, fut suivi d'un soulagement rapide; l'écoulement se rétablit, et le 22 août il n'existait plus aucun symptôme alarmant. On reconnut alors, en palpant le crâne, qu'il y avait plusieurs petits abcès dans la peau de cette région. Ces abcès furent ouverts le 25,

et la cicatrisation était parfaite le lendemain. Le malade restait levé toute la journée, se promenait dans les salles, et se trouvait mieux que jamais. Cependant la face était toujours un peu altérée, la peau restait jaune; il y avait toujours un peu de céphalalgie; un vésicatoire, qui avait été appliqué à la région mastoïdienne, avait un mauvais aspect. Le 20, il quitta l'hôpital pour quelques affaires urgentes; il devait y rentrer immédiatement, on ne le revit plus. Ce ne fut que le 8 septembre que l'auteur fut averti qu'il était mort la veille dans le même hôpital, et dans le service du Dr Craigie. On apprit qu'il s'était loué comme moissonneur et avait travaillé depuis le 1er septembre jusqu'au 3 après midi; lorsqu'il fut transporté à l'hôpital, il était en proie à un violent délire, et souffrait beaucoup de la tête.

Autopsie. — La peau présentait encore les traces de la coloration jaune foncée qui avait existé pendant la vie. Les circonvolutions des deux hémisphères du cerveau étaient fortement aplaties; les deux ventricules latéraux considérablement dilatés, par suite de l'accumulation du pus dans leur intérieur. En examinant avec soin le ventricule latéral gauche, on reconnut un large passage rempli de pus qui conduisait de ce ventricule dans le ventricule droit. Cette ouverture était lozangique, avait près d'un pouce de long et d'un demi-pouce de large; elle était située au-dessous de la voûte à trois piliers, dans le point normalement occupé par le *septum lucidum*, qui n'existait plus; à l'angle postérieur du ventricule latéral du côté droit, on trouvait une petite ouverture qui conduisait dans un abcès où se voyait encore du pus opaque, jaunâtre et de bonne nature. Cet abcès aurait pu loger une noix; ses parois étaient vascularisées et résistantes, excepté au niveau du point où il s'ouvrait dans le ventricule. Le plexus choroïde du côté droit présentait, à sa superficie, des traces d'inflammation pseudo-membraneuse; la surface interne du ventricule gauche était considérablement ramollie, et le ramollissement portait principalement sur la partie supérieure de la couche optique; le pont de Varole était tapissé d'une couche de pus qui s'étendait sur la surface du cervelet et jusque dans la fente interlobulaire. L'os temporal du côté droit était encore tapissé par la dure-mère, qui était assez épaisse; la portion pétreuse de l'os paraissait céder sous la pression du doigt: par un oubli inconcevable, on négligea d'examiner l'intérieur de l'oreille. Les deux poumons étaient le siége d'une inflammation diffuse; l'estomac renfermait environ une demi-pinte d'un fluide noir très-grumeleux; la muqueuse se dé-

tachait avec facilité, était ramollie et désorganisée. Le foie était un peu plus volumineux qu'à l'ordinaire; la rate triplée de volume et ramollie; les deux reins fortement vascularisés et granuleux. (*Lond. and Edinb. monthly journal*, avril 1845.)

Quoique cette observation ne renferme rien d'absolument nouveau, elle présente cependant quelques points sur lesquels il est bon de revenir. Ainsi, la maladie du cerveau s'est développée sans que la carie eût complétement détruit le rocher, et sans qu'il y eût communication entre la cavité arachnoïdienne et l'intérieur de l'oreille. D'un autre côté, il semble que l'abcès qui s'est formé dans le lobe droit du cerveau n'a donné lieu pendant longtemps qu'à des phénomènes peu appréciables, et que c'est à partir du moment où il s'est ouvert brusquement dans le ventricule latéral correspondant que les accidents ont pris une gravité réelle; le genre de travail auquel cet homme s'est livré dans les derniers jours de sa vie a peut-être eu de l'influence sur une terminaison aussi rapide.

Spina-bifida (*Obs. de guérison d'un cas de — par un nouveau procédé de compression*); par le Dr Latil de Thimécour.—Un enfant du sexe masculin, né de parents bien portants, et âgé de 2 mois, fut présenté à l'auteur au mois de janvier 1845. Cet enfant portait depuis sa naissance une tumeur de la grosseur d'une petite pomme au-dessus des fesses. Cette tumeur, d'abord molle et peu tendue, s'était bientôt remplie d'un liquide transparent, et, deux jours après la naissance, l'accouchée s'aperçut que l'enfant ne pouvait mouvoir la jambe gauche, et que le pied du même côté était tourné en arrière, le talon appuyé contre le tibia, et les orteils repliés sous la plante du pied et en dedans, la jambe étendue sur la cuisse et sans mouvements. A l'époque où l'auteur examina l'enfant pour la première fois, la tumeur avait la grosseur de la tête d'un fœtus à terme; elle était située à la région lombo-sacrée, au point de réunion de la dernière vertèbre lombaire avec le sacrum. Elle tenait à la colonne vertébrale par un pédicule assez épais, aplati dans le sens longitudinal, de 52mm de hauteur, recouvert de la peau et du tissu cellulaire. En enfonçant le doigt sur ce pédicule, on pénétrait dans une espèce d'hiatus borné des deux côtés par une crête osseuse; mais, pendant ces explorations, l'enfant poussait des cris violents; il était pris de mouvements comme convulsifs et d'accès de suffocation. La peau se terminait insensiblement sur les parois de la tumeur et vers sa base. Le reste était constitué par une membrane mince et transparente, striée de lames comme

fibreuses et de vaisseaux. La poche remplie d'un liquide transparent semblait prête à se rompre. Sur la face gauche de cette tumeur, on pouvait apercevoir une trace comme de cicatrice et comme ombiliquée. L'auteur pratiqua l'opération suivante : il fit confectionner, par un tourneur, deux petites baguettes en bois très-dur de 3 mill. de diamètre et d'une longueur de 10 mill. Chacune de ces baguettes était percée à ses deux extrémités de trois trous placés à égale distance, en regard les uns des autres, pour laisser passer un lien. La tumeur fut comprise entre les deux baguettes serrées d'abord jusqu'à simple contact ; puis elle fut évacuée à l'aide d'un trois-quarts, et les baguettes rapprochées jusqu'au contact le plus parfait des membranes séreuses à la base du pédicule, Une fois la compression exercée aussi fortement que possible sur le point de communication entre la cavité de la colonne vertébrale et celle de la tumeur, celle-ci fut ouverte d'un coup de bistouri et laissée vide et flétrie en dehors de cette espèce de ligature. L'enfant passa le reste de la journée sans accidents. Le lendemain, la tumeur était de couleur violette dans la plus grande partie de son étendue ; mais l'ouverture pratiquée la veille s'était cicatrisée, et la poche contenait une certaine quantité de liquide. La constriction des baguettes fut de nouveau augmentée. Le troisième jour, la tumeur était devenue noire, et avait repris presque son volume primitif ; force fut de l'inciser dans toute sa longueur. Constriction encore augmentée. Le cinquième jour, les parois étaient complétement mortifiées. Le septième jour, l'enfant était fort bien : on se décida à enlever les baguettes ; mais aussitôt qu'elles furent un peu écartées, il s'écoula un jet abondant de liquide. Les baguettes furent serrées de nouveau. Le dixième jour, les baguettes ne tenant plus que par un pédicule membraneux, ce pédicule fut saisi avec un fil et coupé au-dessous de la ligature. Il ne survint aucun accident sérieux, et, le vingt et unième jour, la mère retournait dans son pays avec son enfant parfaitement guéri. Six mois après la guérison, cet enfant a été présenté à la Société médicale d'émulation de Lyon ; il avait alors la force et le développement des enfants de son âge. Il n'y avait plus aucune apparence de tumeur le long de la colonne vertébrale ; une cicatrice à peine apparente se voyait au niveau de la dernière vertèbre lombaire, et au-dessous une dépression bouchée par un corps cartilagineux. Les membres pelviens étaient à peu près de même force et de même volume ; seulement le renversement du pied persistait encore à un certain degré. (*Gazette médicale de Paris*, novembre 1845.)

La méthode qui a été mise en usage par l'auteur de cette observation vaut-elle mieux que celles déjà connues et déjà employées par beaucoup de chirurgiens? L'auteur reconnaît que M. Beynard avait déjà pratiqué la ligature d'une tumeur hydrorachique au moyen de deux canons de plume d'oie réunis dans un fil passé dans leur cavité. Ce n'est donc pas une opération nouvelle. Quant à son efficacité, qui ne comprend qu'elle expose autant que les autres à l'inflammation consécutive des méninges, et à la lésion des parties nerveuses qui pourraient être renfermées dans le sac et surtout adhérentes aux enveloppes membraneuses? Nous n'osons cependant pas blâmer l'auteur de cette opération. Le spina-bifida est une maladie si grave qu'une opération est le plus souvent indiquée. Les succès sont rares par toutes les méthodes; mais il y en a, et cela suffit pour encourager le chirurgien à tenter des opérations sur le succès desquelles il ne peut véritablement pas compter.

Tubercules pulmonaires (*Sur le mode de développement des*); par le Dr G. Rainey. — Afin de déterminer avec précision le siége qu'occupe la matière tuberculeuse, et d'observer la manière suivant laquelle le poumon est progressivement détruit, il convient de ne soumettre à l'examen que des poumons tuberculeux, que l'on a préalablement injectés avec soin. Si l'on coupe une tranche de tissu pulmonaire ainsi préparé, et si on la regarde à la lumière réfléchie, on voit que la matière tuberculeuse contraste, par sa couleur pâle, avec la couleur rouge de l'injection qui est renfermée dans les capillaires des parois des cellules; de sorte qu'il n'est pas difficile de reconnaître la forme exacte et les limites de la matière tuberculeuse, alors même qu'elle est en assez petite quantité pour ne pas remplir entièrement une cellule. On s'assure de cette manière que la matière tuberculeuse pénètre de la surface libre de la membrane pulmonaire dans l'intérieur des cellules aériennes; que celles-ci se distendent; que les cloisons qui les séparent sont comprimées, et leurs vaisseaux oblitérés: autrement dit que le sang n'arrive plus à la partie malade; et qu'il se forme un tubercule, correspondant, par son étendue et par son volume, au nombre des cellules distendues. Quant à la manière suivant laquelle les tubercules s'étendent aux parties voisines, on peut l'étudier avec succès, en suivant les progrès du dépôt tuberculeux dans les cellules aériennes rapprochées de la première masse tuberculeuse : ici on aperçoit quelques cellules, qui ne renferment qu'une très-petite quantité de dépôt; là des cellules complétement distendues, quoique leurs vaisseaux soient encore perméables; ailleurs, entre des

cellules qui renferment déjà de la matière tuberculeuse, les vaisseaux sont complétement oblitérés ; et enfin, dans les points où les cellules sont extrêmement distendues, on n'aperçoit plus de vaisseaux, mais seulement la membrane pulmonaire, qui reste mêlée à la matière tuberculeuse, et qui plus tard sera rejetée par l'expectoration (dans laquelle on peut la retrouver à l'aide du microscope). Le dépôt de matière tuberculeuse a lieu dans les passages inter-cellulaires bronchiques, en même temps et de la même manière que dans les cellules aériennes; et leurs parois, qui en réalité ne sont autre chose que les cellules aériennes entre lesquelles passent ces conduits, disparaissent de la même manière que les cloisons inter-cellulaires. Ces conduits, ainsi distendus par la matière tuberculeuse, contribuent à former le tubercule; il en est de même des plus petits tuyaux bronchiques, qui finissent par être enveloppés dans une masse commune. Il suit de là que, à mesure que le tubercule augmente de volume, ces parties centrales sont de plus en plus éloignées des vaisseaux qui les ont primitivement déposées, et qui les maintenaient dans un certain état de vitalité; par conséquent les parties centrales auront la plus grande tendance à cesser de vivre et à se ramollir. C'est en effet ce qui arrive; car on sait que le ramollissement du tubercule commence presque toujours par le centre. Il faut cependant se rappeler que le centre géométrique de la masse tuberculeuse n'est pas toujours le point le plus éloigné des vaisseaux ; de manière que ce point peut se trouver sur le côté, si par exemple c'est là que se trouvent les cellules les plus éloignées d'un lobule infiltré de matière tuberculeuse ; et c'est là que commencera certainement le ramollissement. (*London med.-chir. transactions*, t. XXVIII ; 1845.)

Abcès du cœur (*Ouverture d'un — dans le péricarde*); obs. par le Dr A. Allan. — Un homme âgé de 25 ans, né à Bombay, était depuis un an à l'île Maurice, où il travaillait comme engagé, lorsqu'il entra à l'hôpital, le 21 décembre 1844, à la suite d'une course assez longue qu'il avait faite pour chercher un nouvel engagement. Sa santé paraissait assez bonne ; mais le 26, vers six heures du matin, il commença à se plaindre d'une douleur violente au creux de l'estomac, et quatre heures après il était mort. A l'autopsie, on trouva deux pintes de pus et de sérosité rougeâtre dans la cavité du péricarde. Cette membrane était légèrement enflammée dans toute son étendue ; en l'examinant avec attention, on s'aperçut que du pus jaune-verdâtre sourdait par une ouverture située à la partie inférieure de ce sac membraneux, dans laquelle

on pouvait introduire le doigt ; cette ouverture conduisait à travers le diaphragme dans un abcès qui occupait le petit lobe du foie, et qui renfermait au moins une pinte de liquide. L'auteur ajoute que le pus de l'abcès hépatique n'avait pénétré très-probablement dans le péricarde que quelques heures avant la mort, qu'il avait déterminé une inflammation très-vive et avait mis un terme à l'existence de ce malade par la compression qu'il avait fait subir à l'organe central de la circulation. (*The Lancet*, juin 1845.)

Il est très-rare que les abcès du foie s'ouvrent dans le péricarde. Nous engageons nos lecteurs à rapprocher l'observation qui précède d'une observation analogue que nous avons publiée nous-même, il y a déjà quelques années. (*Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XVIII, p. 173.)

Tumeur emphysémateuse de la cavité abdominale (*Dysenterie chronique ; perforation du colon et formation d'une — qui était située à la face convexe du foie*); obs. par le professeur C. J. B. Williams. — Un homme de 40 ans, qui était employé comme machiniste sur les bateaux à vapeur, et qui avait beaucoup voyagé dans les Indes orientales, fut pris au mois de mars dernier, pendant qu'il était encore à Madras, de douleurs vives dans le ventre, avec vomissements, déjections sanglantes, douleurs dans les membres et prostration considérable. A la suite de ces accidents, il ressentit des douleurs très-vives dans l'hypochondre droit ; douleurs qui furent combattues par des applications de sangsues et des mercuriaux, et sans que ces douleurs aient entièrement disparu. Il se décida à retourner en Angleterre, et fut soigné pendant le voyage par plusieurs médecins. Enfin il entendit dire à Southampton qu'il avait un abcès du foie. Dans cette ville, on lui fit faire des frictions sur la partie douloureuse du ventre ; trois semaines après, il s'aperçut que cette partie se tuméfiait, devenait rouge et sensible. A l'époque où le docteur Williams le vit pour la première fois, il y avait au-dessous des fausses côtes du côté droit une tumeur saillante, qui pouvait avoir un peu plus du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur paraissait solide ; cependant il n'y avait que peu de matité à son niveau ; d'un autre côté, le foie n'était pas considérablement développé. Au-dessous de cette tumeur, la résonnance était tympanique, mais peut-être pas aussi complète que si l'intestin eût été en contact immédiat avec les parois abdominales ; du reste ce malade n'était pas en état de subir un traitement actif : le pouls était très-petit, il y avait des sueurs abondantes, et tous les symptômes de la fièvre hectique ; enfin les évacuations alvines étaient

fort répétées et fatigantes. Dix jours après, la tumeur était beaucoup plus saillante; la peau qui la couvrait était rouge à sa surface; en la touchant on reconnaissait qu'elle avait totalement changé de caractère : au lieu d'être dure et également résistante dans toute son étendue, elle était molle et fluctuante. Dans ces circonstances, l'auteur engagea ce malade à entrer à l'hôpital du collége de l'Université, ce qu'il fit le 23 juin 1845. La peau était sèche et d'une teinte jaunâtre; amaigrissement; prostration des forces; altération profonde des traits; pouls petit et faible; bouche sèche et amère; langue chargée; un peu de soif; abdomen rétracté. Au niveau et un peu au-dessous du bord des fausses côtes droites, dans la région du foie, on sentait deux saillies élastiques, ou, pour mieux dire une tumeur, faisant saillie vers deux points, qui était le siége d'une mollesse élastique, et au niveau de laquelle les téguments étaient un peu rouges et tendus, comme s'il y eût eu un abcès. La sensation que donnait cette tumeur sous la pression était celle d'une cavité remplie d'air; en outre on y déterminait des gargouillements, et la percussion donnait, à ce niveau, une résonnance tympanique; du reste on s'assura qu'elle n'avait aucune communication avec le poumon, puisque les organes thoraciques ne présentaient aucune altération dans leur résonnance ou dans leurs phénomènes intimes. Pendant son séjour à l'hôpital, on put reconnaître d'une manière encore plus précise la présence des gaz dans ce sac anormal, non-seulement par le gargouillement et la rénitence, mais encore par le tintement métallique qui y existait de la manière la plus évidente, toutes les fois que le malade toussait, ou qu'on exerçait une percussion un peu violente. L'auteur avait eu d'abord l'intention d'ouvrir cette tumeur; mais, aussitôt qu'il lui fut démontré qu'elle communiquait avec une cavité intérieure, il voulut s'en abstenir. Cependant, comme le malade voulait sortir de l'hôpital si on ne lui pratiquait cette opération, il se décida à faire, à la partie la plus saillante, une ouverture qui donna issue à des gaz fétides, et à une petite quantité de matière brunâtre mêlée de pus. La mort eu lieu six jours après.

Autopsie. — L'abdomen était rétracté; l'ouverture qu'on y avait pratiquée était béante, et ses bords noirâtres et ramollis; les téguments voisins et les muscles droits de l'abdomen offraient une coloration livide, presque noire; le foie descendait à 2 pouces et demi au-dessous de l'appendice xyphoïde, et à 2 pouces au-dessous du rebord des fausses côtes du côté droit; l'épiploon était intimement uni au lobe droit du foie et au péritoine pariétal du

même côté; quand on l'eut incisé, on aperçut une cavité irrégulière, contenant une certaine quantité de matière brunâtre grumeleuse excessivement fétide, dont le fond était occupé par la face antéro-supérieure du lobe droit du foie, et qui se prolongeait en avant au-dessous du bord des fausses côtes jusque sous la peau. Cette tumeur avait complétement dénudé les côtes avec lesquelles elle était en contact; elle était bornée en arrière et en bas par l'épiploon, et tout à fait en bas par le colon transverse, qui présentait deux ulcérations dans le point où il se continue avec le colon ascendant; une de ces ulcérations avait un quart de pouce de diamètre, l'autre était un peu plus petite; la portion de la surface supérieure du lobe droit du foie, qui faisait partie des parois de l'abcès, était d'un brun livide, et tapissée en partie par une couche de lymphe plastique molle et grisâtre; il y avait aussi deux excavations qui pouvaient avoir trois quarts de pouce d'étendue, et qui auraient pu loger l'extrémité du doigt. Cette excavation contenait du pus; elle était tapissée par une membrane incomplète; une branche de la veine hépatique se terminait brusquement au niveau d'une des excavations, et renfermait un caillot suppuré. Le foie lui-même était un peu pâle, mais sans autre altération; les parois du colon ascendant et du colon transverse étaient fortement épaissies et froncées; elles étaient d'une couleur gris jaunâtre dans certains points, d'une couleur livide en d'autres, mais sans apparence de rougeur. On y voyait encore les traces de nombreuses ulcérations; la membrane muqueuse du colon ascendant était pâle, quoique épaissie et parsemée de petites ulcérations; les glandes de Peyer étaient gonflées, quelques-unes ulcérées; les ganglions mésentériques durs et hypertrophiés; la rate pâle et présentant quelques ossifications; il y avait des traces de matière tuberculeuse et même une petite excavation en voie de cicatrisation au sommet de l'un des poumons. (*London med. gaz.*, décembre 1845.)

STRONGLES GÉANTS (*Obs. de — sortis des voies urinaires d'une femme*); par le Dr Artaud. — Une jeune fille de 26 ans, bien constituée et habituellement bien portante, était malade depuis dix-huit mois; elle avait éprouvé d'abord les symptômes d'une néphrite; puis il s'y était joint un sentiment de brûlure, de picotement dans la région des reins. Sous l'influence d'un traitement antiphlogistique énergique, la nutrition se fit mal et les règles se supprimèrent. Il y avait de loin en loin du hoquet, de la toux, des douleurs dans le membre abdominal droit, des hématuries. En outre, après trois mois de cruelles souffrances, elle avait rendu spontanément par l'urè-

thre un ver ou quelque chose qui y ressemblait. Les accidents continuèrent malgré l'émission du corps étranger, et dans l'espace de six mois, la malade rendit six autres vers dont deux furent extraits avec la sonde de Hunter. A l'époque où le Dr Artaud commença à lui donner des soins (3 mai 1840), voici quels étaient les symptômes : facies souffrant; un peu d'amaigrissement; douleur dans la région rénale droite; engourdissement et douleur le long du nerf crural droit jusques auprès de l'articulation fémoro-tibiale; ischurie. Depuis trois jours environ, la malade disait sentir quelque chose qui d'abord l'avait piquée dans le côté droit des lombes, qui ensuite lui avait causé plus bas une sensation indéfinissable peu douloureuse, mais fort désagréable, qui maintenant passait dans la vessie : *un ver*, disait-elle, *avait remué* pendant deux ou trois heures dans le réservoir. Le cathétérisme pratiqué sans difficulté donna issue à une assez grande quantité d'urine blanchâtre, lactescente. Le lendemain, la rétention d'urine était complète. En pratiquant le cathétérisme, M. Artaud sentit un obstacle au col de la vessie; puis cet obstacle vaincu, la sonde laissa s'écouler un flot d'urine trouble et brunâtre. Il remplace la sonde par la pince de Hunter et saisit, après quelques tâtonnements assez longs et douloureux, un corps mou qu'il tira avec lenteur, en occasionnant des douleurs très-aiguës et l'écoulement d'un peu de sang par l'urèthre. Ce corps n'était autre chose qu'un ver de couleur rougeâtre, un peu aplati, avec deux dépressions longitudinales le long du corps, atténué aux deux extrémités, long de 22 centimètres et de 4 millimètres d'épaisseur. Cette extraction fut suivie d'accidents nerveux, de douleurs dans l'urèthre et au col de la vessie. Le 15 mars, il survint de nouveaux accidents; rétention complète d'urine; le cathétérisme donna issue à une très-grande quantité d'urine brune de la couleur d'une infusion très-chargée de café, et permit de constater la présence d'un corps étranger, que M. Artaud saisit le lendemain avec la pince à trois branches dont il avait retiré le foret, et parvint à extraire, non sans difficultés. C'était un corps mou, rougeâtre, d'apparence charnue et du volume d'une amande. Dans l'espace de huit mois, M. Artaud a pratiqué ainsi l'extraction d'une quinzaine de ces corps de volume différent, et de sept nouveaux strongles. Un jour, tous ses efforts furent impuissants; il ne put faire franchir le col vésical à un corps étranger d'un volume très-considérable. Après avoir dilaté l'urèthre avec de très-grandes sondes pendant quatre jours, la malade, qui était dans le bain de siége, se livra à des efforts semblables à ceux de l'enfan-

lement et sentit quelque chose s'engager dans l'urèthre. Une syncope survint; la malade fut transportée dans son lit. Le chirurgien, en examinant les parties génitales, aperçut un corps mou, spongieux, ayant en partie franchi le méat urinaire; il en fit l'extraction avec la pince à anneaux. Ce corps se présentait sous la forme d'un gros marron percé à son centre et contenant cinq autres corps plus petits dans sa cavité. Cette extraction fut ensuite suivie pendant deux heures alternativement de syncopes et d'accès hystériformes violents, puis d'un hoquet qui dura quatre heures et fatigua beaucoup la malade. Le lendemain, 20 novembre, hématurie, points douloureux au côté droit de la poitrine, hémoptysie, réaction générale des plus intenses, délire. Au mois d'août suivant, les règles, supprimées depuis longtemps, reparurent, mais faiblement. A cette même époque, une fausse membrane de 30 centimètres de longueur, formant un conduit cylindrique qui pouvait admettre le pouce dans sa cavité, sortit spontanément par l'urèthre. Vers le milieu du mois de mai, l'état de la malade était assez bon; elle pouvait marcher sans douleur et vaquer à ses occupations; la nutrition se faisait bien. Après le départ de M. Artaud, qui a quitté Cherbourg en juillet 1841, il y a eu du mieux pendant quelques mois; puis les accidents ont reparu, et la malade a rendu trois strongles. Elle est encore vivante. (Académie royale de médecine, séance du 27 janvier 1845.)

Ainsi que l'a fait remarquer M. Ségalas, chargé de faire un rapport sur cette observation, c'est non-seulement un exemple parfaitement authentique de la présence des strongles géants dans les voies urinaires de l'homme et du développement considérable que ces vers peuvent acquérir dans l'espèce humaine; mais encore c'est un fait des plus remarquables par la présence de ces masses charnues de divers volumes que la malade a rendues à différentes reprises et que l'auteur a mises sous les yeux de l'Académie. D'où provenaient en effet ces corps charnus? Était-ce de la fibrine organisée résultant de dépôts hémorrhagiques, ou bien des portions musculaires détachées des muscles plus ou moins voisins des voies urinaires sous l'influence de l'affection vermineuse? C'est là ce que la commission académique n'a pu déterminer. Elle a cependant rappelé deux faits qui semblent favorables à la dernière opinion: l'un de Lapeyre, qui a vu trois vers longs de 2 à 7 pouces fixés et comme *lardés* dans la substance des muscles lombaires; et l'autre de M. de Blainville, qui a trouvé chez une marte le rein contenant un strongle géant long de 29 pouces 3 lignes et large de 2 lignes ½,

et réduit à une minceur d'une demi-ligne environ, de sorte qu'il n'offrait plus aucun indice de son organisation normale.

Ovariotomie (*Sur l'*); par le Dr Samuel J. Jeaffreson et le Dr Benjamin Phillips. — L'ovariotomie est une question incessamment à l'ordre du jour en Angleterre et en Amérique ; c'est ce qui explique les nombreux travaux et les observations non moins nombreuses de ce genre dont les journaux de ces deux pays sont encombrés. Nous avons jusqu'ici fort peu parlé de ces divers travaux, non pas que nous professions pour cette opération une répugnance invincible, mais bien parce qu'il nous semble que l'on se trouve rarement placé dans des circonstances assez favorables pour y recourir avec quelques chances de succès. Cependant, comme le moment est venu d'examiner, sans passion et à tête reposée, l'état des choses, nous croyons devoir parler ici des mémoires qui ont été publiés sur ce point par des hommes aussi distingués que M. Jeaffreson et M. Benjamin Phillips. Tous deux se sont proposés de faire en quelque sorte le bilan de la situation; mais tous deux, comme nous allons le voir, n'ont pas opéré sur les mêmes matériaux.

Le Dr S. Jeaffreson a rassemblé 74 observations d'ovariotomie, qu'il a empruntés soit aux recueils périodiques, soit à la pratique de certains chirurgiens célèbres. Il a divisé ces 74 opérations en trois classes : la première, dans laquelle il a rangé toutes les opérations dans lesquelles il a fallu faire une large incision, introduire la main dans la cavité péritonéale pour détruire les adhérences, passer des ligatures, etc. (elles sont au nombre de 45, dont 32 pratiquées avec succès et 13 suivies de mort); la deuxième comprend les opérations dans lesquelles on a pu retirer le kyste par une petite incision (au nombre de 6 et 5 guérisons); enfin, la troisième se compose de cas au nombre de 23, dans lesquels on a été forcé de renoncer à l'opération, soit à cause de l'étendue des adhérences (14), soit à cause d'une erreur de diagnostic (9 cas). Sur les 23 opérées, 10 sont mortes et 13 ont guéri de l'opération, mais sans en avoir rien retiré d'avantageux.

Ce qu'il y a de vraiment important dans le travail de M. Jeaffreson, c'est bien moins le relevé qui précède que les réflexions dont l'auteur l'a fait suivre, et la manière pleine de sagesse avec laquelle il s'est prononcé sur la valeur d'une opération dont l'avenir est encore incertain.

Voici ces conclusions :

1° L'extirpation des tumeurs de l'ovaire est une opération praticable, et la nature peut suffire facilement au travail de cicatrisation que réclame une opération aussi grave.

2° On a souvent exagéré la mortalité qui suit cette opération, en mettant en ligne de compte les cas dans lesquels on a été forcé de renoncer à l'opération, soit à cause d'adhérences, soit par suite d'une erreur de diagnostic.

3° Le procédé opératoire à suivre, les soins à donner au malade après l'opération, constituent autant de circonstances qui doivent fixer l'attention du chirurgien, puisqu'elles influent considérablement sur le résultat.

4° Quelque amélioration qu'on puisse apporter à cette opération, elle devra toujours être considérée comme une opération *des plus graves*, et on ne devra y avoir recours que *lorsque le volume de la tumeur donnera lieu à beaucoup d'incommodités*, ou *lorsqu'elle aura apporté dans la constitution des troubles assez considérables pour faire craindre une terminaison funeste.*

5° Quelque utilité qu'on puisse retirer des règles générales, il n'en est pas moins vrai que le procédé opératoire à suivre dans chaque cas particulier doit être déterminé suivant les circonstances et les particularités qui lui sont propres.

6° Les tumeurs liquides sont celles qui paraissent offrir le plus de chances à l'opération, parce que ce sont celles qui présentent le moins souvent des adhérences, ou qui peuvent moins donner lieu à une erreur. Cependant on ne doit pas y avoir recours, si l'opération de la paracentèse vide tout ou une grande partie du kyste (ce qui arrive dans le cas des kystes monoloculaires), et lorsque le liquide se reproduit avec lenteur. Les kystes multiloculaires réclament surtout l'extirpation, parce que la ponction ne peut avoir sur eux aucune prise.

7° Les tumeurs mixtes se prêtent moins à l'extirpation, et cela d'autant moins qu'elles contiennent une plus grande quantité de substance solide. Elles sont souvent adhérentes, et peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic; il faut, pour les extraire, pratiquer une large ouverture aux parois abdominales. En outre, les tumeurs solides croissent lentement, et sont même susceptibles de rester stationnaires.

8° Cependant, toutes les fois qu'il survient de l'ascite, lors même que la tumeur est solide, l'opération devient presque indispensable; car l'ascite ne pourra jamais disparaître tant que la cause persistera, et la vie de la malade ne tardera pas à être compromise.

9° L'extirpation est impraticable toutes les fois qu'on a le moindre soupçon d'une dégénérescence cancéreuse, ou lorsque le développement de la tumeur a coïncidé avec une altération scrofuleuse des autres organes. (*London med. gaz.*, octobre 1844.)

La statistique de M. Benjamin Phillips repose sur 81 observations d'ovariotomie, qu'il a divisées en trois groupes : le premier comprenant les opérations qui ont pu être menées à fin (au nombre de 61, dont 35 suivies de guérison et 26 terminées par la mort); le deuxième renfermant les opérations dans lesquelles on a été forcé de s'arrêter, soit à cause des adhérences, soit par toute autre circonstance (au nombre de 15, dont 9 suivies de rétablissement des malades et 6 de la mort); enfin, le troisième, dans lequel il a rangé les erreurs de diagnostic (au nombre de 5; mais toutes ces femmes guérirent). Sous le point de vue du danger que fait courir l'opération, l'auteur a adopté la même division que le Dr Jeaffreson, c'est-à-dire, en opérations dans lesquelles il a fallu ouvrir largement le péritoine (55 opérations : 26 morts; 23 guérisons; 6 rétablissements, mais sans guérison); et en opérations dans lesquelles l'incision peu étendue n'a pas ordinairement dépassé 6 pouces (au nombre de 27 : 7 morts; 13 guérisons; 7 rétablissements, mais sans guérison).

Le Dr Benjamin Phillips a ensuite examiné plusieurs questions importantes. Et d'abord, peut-on déterminer avec certitude si la tumeur appartient ou non à l'ovaire? Cette question, qui paraîtra peut-être extraordinaire à quelques personnes, l'auteur n'a pas osé la trancher d'une manière absolue; et il est certain que, dans un bon nombre de cas, la distinction est des plus difficiles sinon même impossible à établir. Mais en supposant qu'une tumeur existe et qu'elle appartienne à l'ovaire, peut-on s'assurer de sa nature et de ses connexions? Nouvelle difficulté : car on peut être exposé à trouver des adhérences assez nombreuses et assez résistantes pour être forcé de renoncer à l'opération. Sous ce rapport, l'auteur ne partage pas toutes les craintes que quelques personnes ont conçues de la présence des adhérences. En effet, sur 40 cas, ou près de la moitié des cas que l'auteur a rassemblés, et dans lesquels il y avait des adhérences, 26 ont été suivis de guérison ou de rétablissement (60 pour 100); et, d'un autre côté, sur l'ensemble des 81 opérations que l'auteur a rassemblées, on ne compte que 47 guérisons ou rétablissements, ce qui établit la proportion de 58 pour 100. L'auteur examine ensuite la question de savoir si le traitement a des résultats assez favorables pour faire

préférer l'extirpation à tout autre moyen de traitement, et quel est le meilleur procédé opératoire à employer. Sous ce dernier point de vue, nul doute que l'on doive préférer à une incision fort étendue du péritoine une incision petite ou médiocre; alors même qu'on est forcé à pratiquer la ponction du kyste pour en faciliter l'extraction. (*Lond. med.-chir. transactions*, t. XXVII; 1844.) Jetons maintenant un coup d'œil sur les résultats de l'opération en général. Si l'on consulte le relevé publié par M. Chéreau (*Journ. des conn. méd.-chir.*, juin 1844), on voit que, sur 65 opérations, il y a eu 28 cas de guérison; tandis que, suivant M. Fletwood-Churchill, il y a eu 42 guérisons sur 66 opérations (*Dublin journ.*, et *Arch.*, 4e série, t. V). D'un autre côté, M. Jeaffreson compte 37 guérisons sur 74 opérations d'ovariotomie; enfin, M. Phillips ne trouve que 35 guérisons sur 81 cas d'ovariotomie. Nous dirons tout d'abord, et cela résulte des chiffres que nous venons de rapporter, que tous ces auteurs n'ont pas énuméré les mêmes opérations. Cependant la proportion de 35 guérisons, ou même de 36 (si on y ajoute le cas rapporté dans le *Giornale dei progressi*, janvier 1844, par le Dr Emiliani), semble jusqu'ici le maximum des succès obtenus par l'ovariotomie; tandis qu'il n'est pas du tout certain que tous les cas de mort ou d'erreur de diagnostic aient été connus de ces auteurs. Nous n'en voulons même pour preuve que la différence de leur statistique: M. Chéreau compte 16 morts et 7 erreurs de diagnostic; M. Churchill, 24 morts et 8 erreurs de diagnostic; M. Jeaffreson, 24 morts et 9 erreurs de diagnostic; M. Phillips, 32 morts et 5 erreurs de diagnostic seulement. Si l'on prend une moyenne entre ces divers résultats, on arrive au chiffre de 35 guérisons sur 71, ou de 49 pour 100, chiffre qui n'indique pas une mortalité beaucoup plus grande que celle de l'amputation de la cuisse, par exemple. Mais si on réfléchit que 18 fois sur 100 on a été forcé de renoncer à l'opération, non sans grand péril pour les malades, et que, dans 7 cas sur 100, on avait fait un faux diagnostic, les chances de l'opération diminuent notablement. Nous ne croyons donc pas devoir modifier l'opinion que nous avions émise à propos du mémoire de M. Churchill, et nous dirons que l'extirpation des kystes de l'ovaire, sans pouvoir être rejetée d'une manière absolue, ne trouvera son application que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles et dans des cas excessivement rares; enfin, après qu'on aura épuisé tous les moyens thérapeutiques connus.

Hygiène publique. — Médecine légale. — Toxicologie.

Asphyxie par des poutres carbonisées; par MM. H. Bayard et A. Tardieu. — Les exemples d'asphyxie accidentelle produite par la vapeur qui se dégage du bois carbonisé sont peu nombreux. M. Devergie a cité quelques observations dans lesquelles la disposition vicieuse de tuyaux de calorifère avait déterminé la combustion lente, la carbonisation des poutres voisines. Ollivier (d'Angers) a rapporté un cas extrêmement remarquable d'asphyxie par la vapeur du coke. Dans le nouveau fait publié par MM. Bayard et Tardieu, il s'agit de deux époux qui ont succombé récemment à Belleville, étouffés pendant la nuit par la fumée qui s'est fait jour à travers le plancher de leur chambre. Une plaque de tôle, formant l'âtre d'une cheminée fortement chauffée, reposait sur des poutres de bois qui supportaient un parquet commun à plusieurs chambres. Celle des époux D..., bien que distante de plus de 8 mètres du foyer de l'incendie, présentait au plancher plusieurs crevasses qui donnèrent accès à la vapeur délétère par laquelle l'asphyxie a été produite. Les deux victimes ont été trouvées mortes dans leur lit. La femme, qui s'était couchée deux heures plus tard que son mari, semblait donner encore quelques signes de vie. Elle avait le corps plus élevé que celui de son mari, sur lequel elle était penchée comme si elle avait voulu s'élancer hors du lit.

L'autopsie ordonnée par le procureur du roi montre, chez le sieur D..., une roideur cadavérique très-prononcée, une teinte rosée presque générale, marquée surtout sur le cou, la poitrine et les membres; le visage pâle; dans la trachée, pas d'écume; la muqueuse d'un rouge brique; les poumons gorgés de sang, ne présentant pas d'ecchymoses sous-pleurales; le cœur dilaté, ne contenant que du sang liquide s'écoulant facilement, sans caillots. Chez la femme, la roideur cadavérique était assez marquée, la teinte rose moins prononcée que chez l'homme, et occupant seulement le haut des cuisses, le cou et la partie postérieure des membres; dans la trachée, un peu d'écume; la membrane muqueuse est rougeâtre, mais n'offre pas la coloration rouge-brique. Un peu de sérosité dans les plèvres, le péricarde et le péritoine; poumons contenant, quoique en moindre quantité, du sang infiltré; sur le lobe inférieur du poumon gauche, de nombreuses ecchymoses sous-pleurales; dans le ventricule et l'oreillette droite, caillots volumineux, se prolongeant très-loin dans les vaisseaux et no-

tamment dans la veine cave inférieure, quelques-uns décolorés et en partie fibrineux.

Les médecins légistes qui ont observé et publié ce fait important font remarquer avec raison que l'on ne saurait trop insister sur les causes d'un si déplorable accident, que des précautions bien prises pouvaient neutraliser. Ainsi, la carbonisation des poutres placées sous le plancher, due au simple contact d'une plaque de fonte chauffée fortement ; le long trajet parcouru par la fumée dans les interstices des lambourdes ; l'appel fait dans la chambre des victimes à travers les crevasses du plancher ; les propriétés délétères de la vapeur produite par la combustion lente du bois ; la résistance vitale plus grande de la femme, qu'il faut attribuer moins à un privilége acquis à son sexe qu'au séjour moins long qu'elle a fait dans la chambre, et à sa position sur un plan un peu plus élevé ; enfin, la différence des lésions observées chez l'un et chez l'autre et due sans doute à l'époque différente de leur mort et à la résistance inégale qu'ils lui ont opposée ; ce sont là autant de circonstances importantes à connaître, et dignes de toute l'attention du médecin légiste.

Sur la strangulation; par le Dr E. Duchesne. — Dans un mémoire récent, le Dr Duchesne a eu l'idée de rassembler toutes les observations connues de suicide par strangulation ou par suspension incomplète. On sait toute l'importance qu'a acquise, depuis un procès fameux, cette question médico-légale. Aussi, bien que le travail de M. Duchesne se soit borné à une simple compilation, il ne manque cependant pas d'une certaine utilité. L'auteur a réuni, en effet, cinquante-huit cas de suspension incomplète qui peuvent servir à une étude analytique intéressante. Dans ce nombre de suicides on compte 45 hommes et 13 femmes. Le maximum des âges se rencontre de 40 à 50 ans. On remarque que le plus souvent on a trouvé les cadavres le bout des pieds ou les talons touchant le sol, quelquefois même les pieds posés tout à fait à plat. En résumé, suivant les conclusions de l'auteur, le suicide par strangulation, la suspension étant incomplète, est un fait acquis et appuyé sur des observations nombreuses et authentiques. Le suicide par strangulation doit être admis, quelle que soit la position où l'on trouve le corps, et lors même qu'il reposerait exactement sur les deux pieds. Les sensations éprouvées par ceux qui se pendent sont telles, qu'ils ne veulent pas ou ne peuvent pas arrêter l'exécution de leurs sinistres projets. (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, octobre 1845.)

DEUTOCHLORURE DE MERCURE (*Recherches et expérimentations sur le* PROTOCHLORURE D'ÉTAIN, *considéré comme contre-poison du*—); par le Dr J.-Y. Poumet. — M. Poumet, dans un mémoire très-étendu et très-consciencieux qui a été l'objet d'une honorable distinction de la part de l'Académie des sciences, s'est proposé de démontrer expérimentalement l'efficacité du protochlorure d'étain comme contre-poison du sublimé. L'idée purement théorique qui a inspiré ces recherches est fondée sur la propriété que possède le composé d'étain de réduire les sels de mercure en précipitant le mercure à l'état métallique, et qui, d'après la théorie de l'auteur, aurait ainsi une grande supériorité sur les autres contre-poisons du sublimé, qui, tels que l'albumine, le ramènent seulement à l'état de protochlorure. Les proportions que, par le calcul, M. Poumet a été conduit à indiquer, sont, pour le protosel d'étain, une dose double de celle du sublimé.

Les expériences pratiquées sur des chiens, et divisées en séries distinctes, ont pour objet de déterminer d'une manière précise et successivement l'action du poison administré seul; celle du contre-poison donné également seul; celle du mélange préalablement opéré entre le poison et le contre-poison; du poison et du contre-poison liquides mélangés quelques secondes avant leur ingestion dans l'estomac; du poison et du contre-poison liquides versés immédiatement l'un après l'autre dans l'estomac où le mélange s'est opéré; et enfin, l'action de l'antidote administré seulement un quart d'heure après l'ingestion du sublimé.

Voici à quelles conclusions l'auteur est arrivé : « 1° Les chiens auxquels on fait prendre une dissolution contenant 1 gramme, 1 demi gramme, 10 centigrammes de sublimé, périssent, même quand on leur laisse toute liberté, toute facilité de vomir.

« 2° Les chiens auxquels on administre une dissolution contenant 2 grammes de protochlorure d'étain se rétablissent aisément et promptement, même quand on s'est opposé aux vomissements par la ligature des mâchoires.

« 3° Le précipité noir et le liquide surnageant, résultats du mélangé du sel d'étain et du sublimé dissous, ne sont pas vénéneux.

« 4° Une dissolution de sel d'étain en double proportion versée dans l'estomac, immédiatement après l'ingestion d'une dissolution de sublimé, neutralise instantanément complètement la propriété délétère mortelle du sel de mercure, même quand on s'est opposé aux vomissements par la ligature des mâchoires.

« 5° Cet heureux résultat a lieu encore et s'est reproduit deux

fois sur huit, quand on a fait prendre le contre-poison non plus immédiatement, mais un quart d'heure après l'administration du bichlorure de mercure.

« 6° Donc, le protochlorure d'étain est un contre-poison du sublimé. »

Nous ne saurions trop louer l'exactitude et la précision des recherches expérimentales de M. Poumet. Cependant nous n'oserions pas accepter en pratique et pour l'homme ses dernières conclusions. Il n'est nullement démontré pour nous que le protochlorure d'étain soit par lui-même complétement innocent. Les expériences directes des toxicologistes, et notamment de M. Orfila, permettent d'en douter. M. Poumet lui-même n'a essayé que deux fois l'action isolée de cette substance, en administrant 2 grammes de protochlorure d'étain ; mais, dans un premier cas, il y a eu des vomissements assez abondants, et, dans le second, l'animal soumis à l'expérimentation a été assez malade. Or, comme il faut donner le sel d'étain à dose double de celle du poison, qui le plus souvent reste inconnue, il faut avouer que l'on peut être entraîné à administrer des doses de contre-poison presque aussi dangereuses que le poison lui-même. Nous ne voulons pas insister sur l'ignorance où nous sommes de l'action que peut produire chez l'homme la préparation stannique. Nous ajouterons seulement qu'en rejetant comme une précaution inutile la ligature de l'œsophage, M. Poumet a peut-être compromis quelques-uns de ses résultats. En effet, la discussion par laquelle l'auteur combat le précepte donné à cet égard par M. Orfila n'est ni suffisamment claire ni le moins du monde concluante. Il restera donc, nous en sommes convaincus, encore bien des doutes sur l'efficacité réelle du nouveau contre-poison indiqué par M. Poumet, tant que l'expérience et l'observation chez l'homme n'auront pas confirmé les intéressantes recherches dont nous venons de parler. (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, juillet et octobre 1845.)

Arsenic (*Recherches médico-légales sur l'*) ; par M. Lassaigne. — Dans certaines recherches médico-légales sur l'empoisonnement par l'arsenic et ses composés, on a souvent à établir son opinion d'après des produits en quantité si minime, qu'il n'est pas toujours aisé de les soumettre à l'action des réactifs employés dans de telles circonstances, ou du moins les effets qui résultent de leur réaction sont plus ou moins équivoques dans un certain nombre de cas. Une réaction nette et bien tranchée, se manifestant sur les plus petites taches adhérentes aux vases de porcelaine sur lesquels

elles ont été déposées, peut, suivant nous, être d'une grande utilité, lorsque surtout il n'est pas possible d'opérer avec d'autres éléments de conviction pour se prononcer sur leur véritable nature. Cette nouvelle réaction, que nous proposons aujourd'hui, et que nous soumettons à l'examen des chimistes et des toxicologistes, n'empêche pas ensuite de faire agir sur les produits qui en proviennent plusieurs autres réactifs usités qui servent de contrôle en quelque sorte à notre mode d'expérimentation.

Le procédé auquel nous avons été amené après plusieurs tentatives consiste à exposer les taches d'arsenic ou d'antimoine à l'action de la petite quantité de vapeur que forme l'iode à une température de +12 à +15 degrés centigrades. Les premières taches se colorent en jaune brun pâle, qui devient jaune-citron à l'air en moins de quelques minutes. Cette coloration disparaît ensuite par une exposition à l'air ou à une douce chaleur. Les secondes, ou taches antimoniales, placées dans les mêmes conditions, se colorent en jaune-carmélite foncé, et cette couleur passe à l'orangé au contact de l'air, et persiste ensuite. Pour obtenir cette réaction, qui se développe à la température ordinaire en moins de dix à quinze minutes, il faut renverser la capsule de porcelaine où se trouvent les taches faites avec l'appareil de Marsh sur une soucoupe au milieu de laquelle on a placé une petite quantité d'iode sec en cristaux lamelleux. De petites capsules en porcelaine, de $0^{m},025$ de diamètre sur $0^{m},020$ de profondeur, sont très-commodes pour réaliser cette réaction sur de petites taches peu larges et d'une très-faible épaisseur.

Ainsi que nous l'avons fait remarquer plus haut, les taches jaunes, produites par l'ioduration de l'arsenic, disparaissent peu à peu à l'air humide. Lorsque cette disparition est arrivée à son terme, si l'on verse dans la capsule où elles existaient un solutum concentré d'acide sulfhydrique, on développe, à l'endroit même où les taches primitives s'étaient formées, d'autres taches d'un jaune-citron pâle résultant de la transformation en sulfure jaune d'arsenic de la portion d'acide arsénieux produite par l'action de l'air humide sur l'iodure d'arsenic. Ces nouvelles taches, de la même grandeur que les premières, mais d'une autre nature, disparaissent instantanément en répandant sur elles un solutum faible d'ammoniaque qui les dissout. Les taches antimoniales iodurées ne disparaissent pas à l'air; mises en contact avec le solutum d'acide sulfhydrique pour les transformer en sulfure d'antimoine d'une couleur jaune orangé, elles résistent assez longtemps à l'action de

l'ammoniaque faible, ce qui ajoute un nouveau caractère servant à les distinguer des taches arsenicales.

Quoique les résultats que nous venons de rapporter soient bien nets et caractéristiques, nous avons fait d'autres épreuves en opérant directement sur les taches arsenicales et antimoniales avec des liquides renfermant soit de l'iode libre en solution, soit en partie combiné. D'après le mode d'action de ces corps, il nous a encore été permis d'établir une distinction tellement tranchée et nette, que nous annonçons ici ces résultats avec une certaine confiance.

Le solutum alcoolique d'iode agit immédiatement sur les taches arsenicales qu'il dissout sur-le-champ, et fournit, par son évaporation à l'air libre, une tache jaune-citron plus ou moins étendue. Les taches antimoniales restent intactes quand on les touche avec ce solutum; mais, par suite de l'évaporation spontanée à l'air, la tache noire antimoniale est remplacée par une tache d'un rouge orangé d'iodure d'antimoine. Cet iodure persiste à une douce chaleur (+30 à +40 degrés), et n'éprouve, de la part de l'air, qu'une faible altération dans sa teinte, même au bout de plusieurs jours.

Le solutum d'acide iodhydrique ioduré agit comme le solutum alcoolique d'iode, mais d'une manière plus énergique, sur les taches d'arsenic et d'antimoine; aussi préférons-nous son action à celle du premier liquide dans la constatation de la nature des taches.

Nous avons également reconnu que le solutum d'iodure ioduré de potassium opérait immédiatement la dissolution des taches arsenicales, tandis qu'il n'agissait pas sur-le-champ sur les taches antimoniales.

Tous les effets énoncés dans ces derniers paragraphes viennent démontrer le nouvel emploi que l'on peut faire de l'iode comme réactif, et ajouter un caractère de plus à ceux qu'on possédait déjà sur les taches arsenicales et antimoniales. Nous pensons que le moyen que nous avons mis en pratique pourra servir dans maintes circonstances; son application est si simple et si facile, qu'elle sera faite toujours avec succès par les experts qui se trouveront dans la nécessité d'opérer sur des taches minimes. (*Comptes rendus hebdomad. des séances de l'Acad. des sciences;* séance du 15 décembre 1845, t. XXI, p. 1324.)

BULLETIN.

Travaux académiques. — Variétés : Des congrès scientifiques et du congrès de Naples. — Prix proposés par diverses sociétés.

I. *Académie royale de médecine.*

Discussion sur l'emploi des injections iodées dans le traitement de l'hydarthrose, de l'hydrocèle, etc.

Les séances du mois de janvier ont été entièrement remplies par la continuation de la discussion soulevée à l'occasion d'un rapport de M. le professeur Velpeau. Il s'agissait, comme on l'a vu dans notre dernier numéro, de déterminer la valeur des injections iodées dans le traitement des hydarthroses, de l'hydrocèle vaginale, des kystes séreux, etc. etc. Un grand nombre de séances ont été consacrées à l'examen de cette importante question. Il est vrai de dire qu'à l'heure même où nous écrivons, elle n'est pas plut avancée qu'au premier jour de la discussion ; mais les membres les plus *aclientés* de l'Académie ont pris la parole, une dizaine de longs discours ont été prononcés : voilà l'important ! La lutte a été vive et passionnée : des deux parts on a prodigué les ressources de la dialectique et les ornements du langage, et, si ce n'a pas été au grand profit du public, ce fut du moins à la grande satisfaction de l'Académie et à la nôtre. Il faut bien l'avouer, nulle part on ne parle bien aujourd'hui comme à l'Académie de médecine. Si l'espace nous l'avait permis, nous eussions reproduit *in extenso* ces brillants débats ; mais nous nous bornerons à en donner un fidèle aperçu à ceux de nos lecteurs qui n'ont pas eu, comme nous, le bonheur de les entendre. Reprenons l'affaire *ab ovo.*

M. Velpeau, ainsi que nous l'avons dit, venait de lire un rapport sur un cas d'hydarthrose scapulo-humérale guérie à l'aide des injections iodées par M. J. Roux. Suivant l'usage consacré dans toutes les Académies, et surtout dans celle de la rue de Poitiers, le rapporteur avait, dans son travail, beaucoup parlé de lui-même et peu du praticien de province, beaucoup des injections iodées en général, et peu de l'injection pratiquée dans l'articulation scapulo-humérale. Cette manière de faire indisposa d'abord quelques honorables membres, qui cependant ont l'habitude de ne jamais procéder autrement, quand ils remplissent le rôle de rapporteur ;

de plus, il existait dans le cœur de plusieurs académiciens une sourde rancune contre les injections iodées, ce moyen thérapeutique de date récente, cet ambitieux intrus qui menaçait d'envahir toute la pratique chirurgicale. Les réclamations ne pouvaient manquer : à peine M. Velpeau avait-il fini de lire son rapport que la discussion s'engagea.

Nous espérions assister à un de ces combats réguliers où l'on prend soin de se défendre en même temps que l'on attaque, où l'on pare en frappant. Mais non, ce fut une véritable mêlée où chaque combattant cherchait uniquement à frapper son adversaire, sans songer aux blessures qu'il pouvait lui faire recevoir. Pourtant, s'il est bon de se défendre dans toute espèce de lutte, c'est surtout dans les luttes scientifiques; car, là, il ne suffit pas de terrasser son ennemi pour être vainqueur, de prouver que son adversaire a tort pour avoir raison; la raison peut, fort bien, ne se trouver ni d'un côté, ni de l'autre. Quelques médisants prétendent même que le cas s'est plus d'une fois présenté à l'Académie de médecine. Et nous, toujours soucieux de l'honneur de la savante compagnie, nous voyions avec peine la discussion s'égarer, les orateurs se succéder à la tribune, non pour répondre à ceux qui les y avaient précédés, mais seulement pour occuper la tribune à leur tour, pour qu'il ne fût pas dit qu'ils avaient gardé le silence dans une question de *pratique;* nous souffrions de les entendre sans cesse parler d'eux, de leur clientèle, de leurs succès..... Eh ! messieurs, nous savons que vous avez tous une grande, une très-grande clientèle, et que vous la méritez, que les courtes journées d'hiver où nous sommes ne suffisent pas à vos opérations nombreuses, que chacun de vous compte plus de succès que d'opérations pratiquées, mais, par grâce ! donnez-nous plutôt quelques observations complètes, une statistique bien établie, une ou deux bonnes raisons pour ou contre les injections iodées; car c'est de cela qu'il s'agit.

Aussi nous nous voyons, à regret, obligés de ne point suivre la discussion dans les longs détours qu'elle a parcourus, et nous essayerons seulement de la résumer. Nous présenterons tout d'abord les objections qui ont été faites aux injections iodées; nous mettrons ensuite en regard les raisons qui ont été données pour les défendre; enfin, nous examinerons les unes et les autres, nous les critiquerons même, au besoin, car la presse est une fille hautaine et frondeuse, capable de s'attaquer à tout, même à l'Académie.

M. le professeur Roux a pris le premier la parole : il ne partage pas l'enthousiasme paternel de M. le rapporteur pour les injections iodées ; il trouve qu'on a beaucoup exagéré leurs avantages dans le traitement de l'hydrocèle en même temps que l'on a grossi les inconvénients des injections vineuses; plus de quinze cents fois il a employé ces dernières, et n'a eu que quatre cas de mort qui remontent encore aux premiers temps de sa pratique. Il voit avec peine substituer à un agent thérapeutique éprouvé la teinture d'iode, dont l'efficacité lui semble très-contestable.

M. Blandin vient appuyer les observations présentées par M. Roux. Il commence par établir un long parallèle entre les injections iodées et vineuses. Selon lui, la plupart des insuccès et des accidents rapportés à l'ancienne méthode dépendent uniquement de la manière dont elle a été employée, et la nouvelle méthode n'est pas plus que l'autre exempte d'inconvénients. Les injections vineuses déterminent quelquefois de vives douleurs, mais il en est de même pour les injections iodées; si le vin n'est pas trop chaud, les douleurs sont très-supportables. La gangrène a été assez souvent le résultat de l'infiltration du vin dans l'épaisseur du scrotum; mais des expériences récentes, faites sur les animaux, prouvent que l'iode injecté dans le tissu cellulaire peut aussi produire cet accident. Si, dans quelques opérations d'hydrocèle, une partie du liquide iodé a été injectée dans le tissu cellulaire sans amener la gangrène des parties, des cas semblables ont été observés avec les injections vineuses, mais ces cas sont exceptionnels. Quant au résultat définitif, il est tout entier à l'avantage de l'ancienne méthode; car il lui est arrivé plusieurs fois de guérir par les injections vineuses des malades chez lesquels les injections iodées avaient échoué. Quant au traitement des hydarthroses, de l'ascite, des tumeurs ovariques, des kystes du cou par ce nouveau moyen thérapeutique, il le repousse. En théorie, M. Blandin regarde comme très-dangereuse l'ouverture de ces cavités closes et l'injection de l'iode dans leur intérieur; il cite en outre plusieurs faits malheureux à l'appui de son opinion.

M. le professeur Gerdy, dont nos lecteurs connaissent l'âpre éloquence, prend à son tour la parole, et vient encore en aide à ses deux collègues. Avec une ironie mordante, il commence par justifier M. Velpeau du reproche que lui avait adressé M. Roux sur sa partialité toute paternelle, parce que les injections iodées appartiennent à M. Martin, docteur à Calcutta, et que M. Velpeau ne peut en être, tout au plus, que le père adoptif. Lui aussi ne

trouve pas les injections iodées préférables aux injections vineuses pour la cure de l'hydrocèle; il oppose aux succès rapportés en faveur de l'iode les insuccès nombreux de M. Martin, de Calcutta, de M. Fricke, de Hambourg. Il reproche à cette méthode de pouvoir déterminer des accidents graves d'intoxication, et cite à l'appui de son opinion des essais faits récemment sur des chiens. Il s'élève enfin contre cette chirurgie imprudente qui consiste à ouvrir les grandes cavités closes, comme le péritoine, les synoviales des grandes articulations.

Dans le camp opposé, sont également trois chirurgiens des plus distingués, MM. Velpeau, Jobert et A. Bérard. M. Velpeau avait à défendre son rapport, et le premier il répondit à l'attaque dirigée contre les injections iodées. Sa réponse ne fut pas aussi ferme que nous l'attendions de lui. Aux assertions de MM. Roux et Blandin, il oppose des assertions contraires; aux faits de leur pratique, ceux de la sienne; aux insuccès de MM. Martin et Fricke, ses propres succès. Analysant les observations citées par ses adversaires, il s'attache à démontrer que les unes étaient inexactement rapportées, et les autres incomplètes; aux reproches d'imprudence et de témérité, il se contente de répondre : «J'ai réussi.» Mais la lutte venait seulement de s'engager; elle menaçait d'être longue, et M. le rapporteur réservait ses forces pour la fin de la discussion.

Cependant M. Jobert lui vient en aide: il s'attache à répondre aux trois principaux reproches qui ont été faits aux injections iodées. 1° Il ne prétend pas que ces injections préviennent toute récidive; mais la récidive est moins fréquente avec elles qu'avec les injections vineuses. Sur soixante et dix cas d'hydrocèle qu'il a traitées par ce moyen, il n'a eu que trois récidives. A l'époque où il se servait de vin, il obtenait des succès incontestablement moins grands. 2° Quant à la gangrène, il dit qu'en général le liquide iodé, injecté dans l'épaisseur du scrotum, ne la produit pas; que dans les cas où elle arrive, elle est toujours limitée, peu considérable, et bien différente des désordres effroyables que l'on est en droit de reprocher aux injections vineuses. 3° Il n'a aucune crainte des accidents d'intoxication. Il a injecté dans des abcès froids 200,250 grammes de teinture d'iode pure, sans qu'il survînt rien de particulier. Il termine en se déclarant partisan des injections iodées.

M. Auguste Bérard appuie fortement les opinions émises par M. Jobert. Il raconte comment il a expérimenté avec succès les injections iodées dans les hydrocèles vaginales, les kystes hydatiques, etc. etc. Sur 250 à 300 cas d'hydrocèle, il n'a eu que trois ré-

cidives ; chez deux malades affectés d'hydarthrose du genou, il a fait cinq fois des injections iodées sans résultat fâcheux ; mais il n'y eut pas guérison, et on fut obligé de recourir à l'amputation de la cuisse. Jamais il n'a observé le moindre accident d'intoxication.

M. Laugier ajoute quelques mots pleins de sens en faveur des injections iodées, qu'il regarde comme aussi efficaces que les injections vineuses, comme moins douloureuses et exigeant un manuel opératoire beaucoup plus simple. Il se demande seulement si elles ne doivent pas être assimilées aux injections alcooliques, parce qu'il est présumable qu'elles n'ont d'action que par l'alcool et non par l'iode qu'elles contiennent. — Plusieurs membres prennent encore la parole : M. Guibourt, pour faire observer que les propriétés des injections iodées doivent varier suivant qu'elles sont plus ou moins récemment préparées ; M. Caventou, pour appuyer l'opinion de M. Laugier sur la manière dont agissent ces injections. Enfin, la discussion est terminée par un long discours de M. Velpeau, qui, comme rapporteur, avait le droit de parler le dernier. En voici le résumé.

Ce discours se compose de deux parties entièrement distinctes : dans la première, M. Velpeau expose la longue série d'expériences par laquelle il est passé avant d'arriver aux injections iodées. Il ne cherchait d'abord qu'à substituer aux injections vineuses, dont il reconnaissait les graves inconvénients, un traitement plus simple et moins douloureux. Guidé par les propriétés résolutives que tout le monde accorde à l'iode, il imagina de l'associer à l'alcool, afin d'agir à la fois et sur la tunique vaginale et sur le testicule, dont le volume est presque toujours notablement augmenté. Les succès dépassèrent ses espérances. Après avoir employé les injections iodées dans l'hydrocèle, il étendit leur emploi à l'hématocèle liquide, aux kystes du cordon, du cou, des membres, de l'ovaire, aux abcès froids, aux bourses muqueuses, aux hydarthroses. Il constata que l'inflammation qu'elles développaient était, le plus souvent, suffisante pour amener la guérison de la maladie, soit par oblitération de la cavité close, soit par une modification spécifique de ses parois ; mais que l'inflammation était bornée et tendait rarement à s'étendre. Il décrit avec le plus grand soin le manuel opératoire qu'il faut suivre, les modifications qu'on doit lui faire subir suivant les maladies, suivant l'irritabilité plus ou moins grande des malades. Chacune de ses assertions est appuyée de faits de guérison extrêmement curieux, et

dont l'authenticité ne saurait être douteuse. Dans la seconde partie de son discours, il laisse de côté les injections iodées pour attaquer les injections vineuses et pour répondre à ses adversaires. A l'aide de citations multipliées, prises dans leurs propres ouvrages, il montre que s'ils regardent aujourd'hui les injections vineuses comme innocentes, ils n'ont pas toujours été de cet avis; qu'ils ont même renforcé le sombre tableau tracé par Boyer sur les accidents qui accompagnent l'infiltration du vin dans le tissu cellulaire. Apportant les opinions des auteurs les plus modernes sur l'objet de la discussion, il constate qu'elles sont presque toutes en faveur des injections iodées. Quant à l'emploi malheureux de l'iode par ses adversaires, il leur répond avec le plus d'urbanité possible qu'ils doivent ne s'en prendre qu'à eux-mêmes et non à l'iode; que, s'ils n'ont pas réussi, cela lui importe peu, mais qu'il a été plus heureux. Reprenant les cas empruntés à la pratique de MM. Chassaignac et Reibet, il constate qu'ils sont très-complexes, qu'ils furent traités par l'incision en même temps que par les injections iodées, et qu'ils sont ici sans valeur.

Tel est en peu de mots le discours de M. Velpeau. Nous devons dire qu'il est des plus remarquables sous tous les rapports; jamais le savant professeur n'avait déployé plus d'habileté, de puissance et de souplesse de parole. Cependant nous aurions bien quelques remarques à faire : M. Velpeau a commencé par donner une histoire complète des injections iodées, puis il a attaqué les injections vineuses, et tout cela avec un grand talent. Mais il n'était pas entièrement dans la question. Il a fait le panégyrique de l'iode, comme MM. Blandin et Gerdy eussent pu faire celui du vin s'ils avaient parlé les derniers. Il n'a pas établi la valeur relative de ces deux moyens thérapeutiques. Ainsi, aux assertions de MM. Roux et Blandin sur les douleurs que produisent les injections iodées, il n'a opposé que des dénégations. Quand on lui a parlé de leur efficacité douteuse, il a répondu en citant un grand nombre de guérisons : or, cette réponse ne résout rien. Personne ne doute que l'on guérit beaucoup d'hydrocèles avec les injections iodées; on en guérit aussi beaucoup avec le vin. Considérées d'une manière absolue, les injections vineuses sont un excellent moyen : pour leur substituer les injections iodées, il faut prouver qu'elles sont meilleures; pour prouver la supériorité des unes sur les autres, il faut compter exactement les succès et les revers sur des nombres égaux de faits, et les faits manquent ! Nous voulons dire les faits précis, les observations complètes, les nombres bien ar-

rêtés ; car nous ne pouvons accepter, pour établir la valeur comparative de deux méthodes, des souvenirs incertains, des résultats approximatifs de 1200 à 1500 suivant l'expression de M. Roux, de 250 à 300 suivant celle de M. A. Bérard. M. Velpeau lui-même apporte-t-il des résultats plus exacts? Il cite de nombreuses guérisons, et nous ne les contestons pas ; mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit : on veut savoir quel est le nombre proportionnel des succès et des insuccès, et pour cela il faut apporter tous les faits de sa pratique, ou du moins des nombres déterminés. Qu'est-ce donc qu'a prouvé M. Velpeau? Que les injections iodées sont un bon moyen de traitement de l'hydrocèle. Sont-elles moins douloureuses et aussi efficaces que les injections vineuses? Pour notre compte, nous en avons la conviction profonde; mais M. Velpeau ne l'a pas prouvé; il ne le pouvait pas. Il a cité des autorités auxquelles on en a opposé d'autres; mais, nous l'avons déjà dit, les faits manquent.

Il en est de même quant aux accidents de gangrène qui sont la suite de l'injection du liquide dans le tissu cellulaire des bourses. M. Jobert et M. Velpeau ont cité des cas effroyables de gangrène à la suite de l'emploi du vin; mais ils oublient que le vin est en usage depuis nombre d'années, qu'il a été employé souvent par des hommes inexpérimentés, que ces gangrènes considérables étaient sans doute le résultat du passage du vin dans le tissu cellulaire en quantité très-notable. L'iode, au contraire, n'est pas employé depuis longtemps; il l'a généralement été par des mains habiles, qui pouvaient commettre la faute de médecine opératoire dont il est question, mais qui s'arrêtaient encore à temps. Est-ce à cela qu'il faut attribuer la limitation de la gangrène ou même la résorption du liquide, ou bien aux propriétés de l'iode? Si nous avions les observations détaillées sous les yeux, en considérant la quantité de liquide infiltré, nous pourrions peut-être le dire; car ni l'innocuité ni la gravité de la présence de l'iode dans le tissu cellulaire n'est bien constatée. M. Velpeau a contesté avec raison la valeur des expériences dont a parlé M. Gerdy, parce qu'il faut savoir quel âge avaient les chiens qui avaient servi aux expériences, quelle quantité de solution d'iode on avait injectée, quelle était la force de cette solution. Si M. Velpeau sent le besoin de faits précis, quand on veut les donner comme des preuves, nous sommes en droit d'exiger de sa part des observations non moins précises, non moins détaillées. Nous qui sommes entièrement désintéressés dans cette question, nous avouons que nous ne savons de quel côté est la vérité.

L'autre partie de la question relative à l'emploi de l'iode dans le traitement des kystes, des vieux sacs herniaires, des hydarthroses, est au moins aussi insoluble. Nous rendons justice à l'esprit inventif et hardi qui a dirigé M. Velpeau dans ses recherches; nous ne taxerons pas de témérité ou d'imprudence ses essais chirurgicaux, car nous savons que plus d'une fois on a adressé de semblables reproches aux plus belles découvertes de la chirurgie; bien plus, nous le féliciterons de ce besoin de progrès qui l'a fait transporter à une foule d'affections différentes un moyen thérapeutique dont il avait éprouvé l'éfficacité dans l'hydrocèle : mais, après cela, revenons à la question qui nous occupe.

Après les faits nombreux qu'il a rapportés à l'Académie, il demeure incontestable que les injections iodées dans les cavités closes ne présentent pas la gravité que l'on aurait pu soupçonner, qu'elles ont donné des succès assez fréquents et quelquefois inespérés. Tous ces faits, que nous admettons, prouvent beaucoup en faveur de l'iode et rien contre les injections vineuses. Si l'on eût fait avec le vin les mêmes expériences que M. Velpeau a faites avec l'iode en apportant les mêmes modifications dans sa quantité, sa puissance d'irritation, qui voudrait dire qu'on n'obtiendrait pas des résultats aussi heureux? On n'osait pas ouvrir de vastes kystes, des cavités articulaires.... M. Velpeau l'a osé et a injecté de la solution iodée. Si on ose les ouvrir demain et qu'on y injecte du vin à une douce température, peut-être sera-t-on aussi heureux que lui. Nous insistons sur ce point par la raison suivante : dans notre opinion, les injections iodées agissent par l'alcool qu'elles contiennent et par l'iode dont on a chaque jour occasion de constater les propriétés irritantes; nous ne serions même pas éloignés de lui accorder un mode d'action tout spécial; mais nous avons entendu MM. Laugier et Caventou exprimer l'opinion que ces injections ne devaient leur efficacité qu'à l'alcool. M. Velpeau n'était pas en mesure de prouver le contraire; or, s'il en était ainsi, n'est-il pas présumable que les suppositions que nous avons émises pourraient très-bien être justifiées? N'est-il pas probable que le vin qu'on ne porterait pas à une température élevée pourrait produire les effets des injections iodées?

Nous sommes très-partisans des injections iodées, surtout dans le traitement de l'hydrocèle : notre opinion est fondée sur les faits que nous avons eu l'occasion d'observer, sur les motifs que chacun de nous trouve dans sa raison; mais lorsqu'il s'agit de décider une question scientifique, de fixer l'opinion publique, il faut

d'autres preuves. Ainsi, nous croyons avoir vu que l'iode exerçait une action salutaire sur le testicule tuméfié; nous croyons, avec M. Velpeau, que la chaleur du vin doit plutôt produire un effet contraire. Sommes-nous certains d'avoir bien vu? Il arrive souvent qu'après les injections vineuses le testicule reprend son volume normal au bout d'un certain temps; avec l'iode, il en est de même; de plus, il est probable que la résolution est plus prompte. Mais où sont les faits qui mettent cette opinion hors de doute?

Comme on le voit, la plupart des difficultés de la question soulevée à l'Académie de médecine ne pouvaient recevoir de solution. Aux assertions on opposait des assertions contraires, aux autorités scientifiques des autorités non moins imposantes, aux succès des revers, aux chiffres déjà grands des chiffres plus grands encore, et la discussion ne pouvait bientôt plus avancer. M. Blandin sentit, le premier, que les orateurs ne faisaient que s'épuiser en efforts inutiles, et il proposa de nommer une commission chargée de faire de nouvelles expériences à l'aide desquelles la question serait définitivement jugée. M. Velpeau, il faut le dire, accepta avec empressement cette proposition; mais elle ne fut pas du goût de l'Académie. Qu'importe, en effet, à l'Académie qu'une question scientifique, comme celle des injections iodées, soit résolue ou non? Il en est tant d'autres qui ne le sont pas!

Peut-être aussi n'a-t-elle pas voulu, en prenant parti pour les injections vineuses ou iodées, se placer dans la position pénible de blâmer la conduite de quelques-uns de ses membres. Après avoir écouté les débats avec un recueillement qui, chez quelques honorables, semblait aller jusqu'au sommeil, elle avait son opinion faite, et cela lui suffisait. Qu'il nous soit permis de dire que, dans cette manière d'être, il entre un peu d'égoïsme. L'Académie n'a pensé qu'à elle; elle n'a pas songé à tous ces jeunes médecins qui, comme nous, recueillent religieusement toutes ses paroles pour se faire une foi scientifique, qui accueillent ses décisions comme autant d'arrêts souverains. Encore nous ne parlons que des médecins : que dirions-nous si nous parlions des malades! A une époque où la science n'est étrangère à personne, où l'industrieuse sollicitude des plus notables académiciens tend chaque jour davantage à mettre la médecine à la portée des gens du monde, il ne faut pas soulever dans le public des doutes que l'on ne peut résoudre. Que de malades qui peut-être attendaient la décision de l'Académie avec anxiété!

II. *Académie royale des sciences.*

Eaux minérales de Vernet (Pyrénées-Orientales) : traitement des affections chroniques en général et des affections pulmonaires en particulier.

Les séances du mois dernier ne nous fournissent rien d'intéressant à reproduire. Devons-nous excepter la communication d'une lettre adressée par M. Lallemand à M. le secrétaire perpétuel, et lue dans la séance du 26 janvier? Il y est question d'un traitement de la phthisie pulmonaire basé sur l'administration des eaux sulfureuses d'après de nouveaux principes. « J'ai voulu, dit M. Lallemand, déposséder l'Italie de son beau ciel, en prouvant que celui du Roussillon le vaut bien, et j'ai ajouté à cette action du climat, si puissante contre les affections chroniques de toute espèce, l'influence encore plus grande des eaux thermales qu'on ne peut administrer nulle part en hiver, pas même dans les localités les plus favorisées du ciel....» C'est cet heureux climat, recommandé généralement aux phthisiques, et la possibilité de prendre les eaux sulfureuses sous toutes les formes, pendant l'hiver même, qui font, suivant M. Lallemand, de l'établissement de Vernet un secours précieux pour le traitement des affections pulmonaires. Cet établissement est, jusque dans ses dépendances les plus accessoires, maintenu, à l'aide des eaux thermales elles-mêmes, nuit et jour, dans une température d'environ 20° centigr. De la sorte, les malades ne sont pas exposés au refroidissement après les bains, les douches, les étuves, etc. En outre, M. Lallemand, qui croit à l'efficacité des eaux hydrosulfureuses contre toutes les *affections anciennes* du poumon, a fait disposer un vaste local qui est traversé continuellement par la vapeur des eaux sulfureuses, et dans lequel les malades séjournent d'abord quelques heures, puis graduellement jusqu'à douze heures par jour. L'influence de cette médication directe, permanente, est telle, au rapport de M. Lallemand, que, dès les premiers jours, les malades en éprouvent un mieux sensible.

« En ce moment, ajoute M. Lallemand, il y a dans l'établissement plusieurs phthisiques qui sont *guéris* depuis deux ou trois ans, et qui y reviennent passer les plus mauvais jours de l'hiver, dans la crainte de quelque rechute... Notez bien que je parle ici de phthisies tuberculeuses, parfaitement constatées par l'auscultation; de phthisies accompagnées de sueurs nocturnes, de diar

rhées colliquatives ; enfin, de tous les symptômes qui accompagnent la dernière période de cette terrible maladie, dont le nom seul paraît un arrêt de mort. »

Certes, nous applaudissons volontiers à tous les essais thérapeutiques rationnels ou empiriques qu'on peut tenter pour la guérison de la phthisie pulmonaire ; et si nous ajoutons peu de foi à l'action des eaux sulfureuses en général et des eaux bonnes en particulier, que M. Lallemand regarde comme si puissantes dans ce cas, nous n'en croyons pas moins digne d'attention la proposition de cet habile médecin. Quelques faits paraissent démontrer l'heureuse iufluence du séjour dans un lieu maintenu à une température douce et constante. Cette condition de l'établissement de Vernet, indépendamment de l'action des eaux sulfureuses, suffirait pour justifier l'amélioration survenue dans l'état de quelques malades. M. Lallemand parle de la guérison de plusieurs phthisiques, et croit devoir proposer en exemple la guérison prochaine d'un illustre malade confié à ses soins et traité dans l'établissement de Vernet, pour opérer la *révolution* qu'il appelle dans la cure de la phthisie pulmonaire, pour convaincre les *routiniers*, pour vaincre les *préventions*, pour avoir pour lui la *majorité des hommes compétents*. Ce n'est pas, nous le croyons, par un exemple, quelque élevé que soit le rang de celui qui le présente, qu'on peut entraîner les hommes *compétents ;* ce n'est bon tout au plus qu'à donner une vogue éphémère à un moyen de traitement, quel qu'il soit. Il n'y a qu'une manière de convaincre : c'est d'exposer des faits convaincants, c'est-à-dire exacts et complets. Nous avons été si souvent séduits et trompés, en thérapeutique, par des assertions, résultats d'illusions, par des faits équivoques, que nous avons droit de demander une autre manière de procéder devant l'Académie des sciences de la part d'un membre de l'Académie des sciences.

III. *Des congrès scientifiques — Congrès de Naples.*

Un congrès scientifique, disait devant nous un sceptique, homme d'esprit, *est une réunion d'hommes qui se rassemblent pour bien dîner, se promener, et se donner mutuellement un peu d'importance.* A Dieu ne plaise que nous pensions aussi mal de ces réunions scientifiques. Nous croyons aux bonnes intentions de ceux qui en font partie ; mais comme on ne fait rien avec de bonnes intentions, nous croyons fort peu aux résultats que la science peut en attendre.

Jusqu'ici les essais de ce genre qu'on a faits en France n'ont pas été fort heureux, et chaque jour voit s'amoindrir le peu d'influence que ces assemblées ont pu avoir. Comment comprendre, en effet, qu'il sorte quelque chose d'utile et de sérieux du rapprochement d'un grand nombre d'hommes appelés à discuter des matières qu'ils n'ont pas préparées, ou dont ils ne possèdent souvent pas les premiers éléments? On pourrait croire, au premier abord, que l'Italie a été plus heureuse que la France. Sept ans se sont écoulés depuis que ces réunions ont eu lieu pour la première fois, et la septième session, tenue à Naples dans le courant de l'année 1845, a été, sinon la plus brillante, du moins la plus nombreuse de toutes. On n'y comptait pas moins de deux mille savants accourus de tous les points de l'Europe..... Sans doute la bienveillance et l'apparat dont les gouvernements italiens se sont plus à entourer ces assemblées, sans doute la rivalité si certaine des principales villes de l'Italie ont contribué à entretenir l'existence de ces congrès, et à leur donner un peu d'animation. Mais cette existence est-elle bien sérieuse? Cette animation est-elle bien réelle?... Pour nous, qui n'avons pas l'habitude de mesurer l'importance d'une assemblée au nombre des membres qui la composent, mais bien à la grandeur des résultats et des travaux qu'elle accomplit, nous n'hésiterons pas à dire que ces réunions sont véritablement en décadence. Il y avait bien à Naples deux mille savants parmi lesquels on comptait les plus grands noms de l'Italie; mais tous ces grands noms se sont tenus à l'écart, n'ont pris aucune part active au congrès, n'ont fait aucune communication, laissant aux *comparses* le soin de jouer une comédie dont ils ne voulaient être que spectateurs. Ils ont profité du congrès scientifique pour venir à Naples en *touristes*, jouir de l'hospitalité magnifique qui leur était offerte, admirer les richesses artistiques et le ciel de cette belle capitale; mais ils se sont bien gardé de venir gaspiller leurs richesses scientifiques. Jamais, peut-être, la médecine et la chirurgie n'avaient été plus modestes: si l'on excepte un travail de M. Polli dans lequel cet honorable médecin a établi d'une manière peut-être plus ingénieuse que solide l'identité de la matière colorante du sang et de la bile, un mémoire plein d'intérêt des frères Weber sur plusieurs points de physiologie, mémoire auquel nous avons donné place dans le premier numéro des *Archives d'anatomie générale et de physiologie*, et un rapport de M. Calderini sur la pellagre, il n'y a pas eu une communication qui fût digne de trouver place dans un journal quelconque. Comprendra-t-on, enfin, que ce

tariat de la Société le 15 mars 1846.) Le prix, qui est une médaille de la valeur de 500 fr., sera décerné en 1846.

Indépendamment de ce prix, la Société accorde des récompenses spéciales aux médecins qui proposeraient des améliorations générales ou partielles pour l'hygiène publique, à ceux qui lui enverraient des travaux relatifs soit à la topographie médicale d'une ou de plusieurs communes du département de la Gironde, soit aux maladies épidémiques, et enfin soit à tout ce qui peut intéresser, sous le rapport médical, les habitants de cette contrée de la France. Elle accorde également des médailles d'encouragement et des mentions honorables à ceux qui lui font parvenir des manuscrits sur quelque point de l'art de guérir.

Prix de la Société médicale de Gand. — La Société met au concours pour l'année 1847 le sujet suivant : *Faire l'histoire de la pomme de terre et de ses divers rapports avec la science médicale.* On demande aux concurrents de faire connaître les différentes transformations qu'on peut faire subir aux pommes de terre au moyen de la culture; l'influence de ce tubercule sur la santé comme aliment; son rapport avec l'hygiène publique; les altérations qu'il peut subir, et les maladies que ces altérations peuvent développer chez l'homme et chez les animaux domestiques. Le prix est de 600 fr. Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être adressés *franco* et selon les usages académiques, avant le 31 décembre 1846, au secrétariat de la Société, rue des Chartiers à Gand.

Prix scientifique biennal de l'Institut royal des sciences, des beaux-arts et des lettres, a Venise. — Les controverses qui ont lieu parmi les médecins au sujet de l'inflammation que les uns prétendent reconnaître dans telle ou telle maladie et dont les autres nient complétement l'existence, montrent que les caractères de la phlogose ne sont pas encore bien définitifs ou du moins que les médecins ne sont pas d'accord sur l'importance et la valeur clinique de ces caractères. On demande donc aux concurrents de *déterminer les caractères constants au moyen desquels on pourra reconnaître l'inflammation, depuis le degré le moins grave jusqu'au plus intense, sur un organe, un tissu, un système, soit sur le vivant, soit sur le cadavre.* — Le prix est de 1800 livres d'Autriche. Les mémoires, écrits en latin, en italien, en français, en allemand, suivant l'usage académique, seront envoyés *franco*, dans le courant de janvier 1847, au secrétaire de l'Académie de Venise. Nous désirons, sans l'espérer, que l'Académie reçoive réponse à sa question.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'influence de l'hérédité sur la production de la surexcitation nerveuse, sur les maladies qui en résultent et sur les moyens de les guérir; par le docteur Gaussail. Ouvrage couronné par l'Académie royale de médecine de Paris, aux concours de 1839, 1841 et 1843, pour le prix fondé par madame Michel de Civrieux. Paris, 1845; un vol. in-8°. Chez Germer Baillière.

Madame Michel de Civrieux a légué il y a quelques années, à l'Académie royale de médecine, une rente de 1,000 francs, destinée a être donnée en prix chaque année à l'auteur du meilleur ouvrage *sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse.* Les termes ambigus dans lesquels cette question si complexe a dû être posée par l'Académie, pour obéir au vœu de la testatrice, ont singulièrement embarrassé les divers concurrents qui se sont présentés d'abord dans la lice. Aussi, après trois ou quatre années d'épreuve, est-il resté prouvé que le seul moyen d'arriver à un but utile était de scinder la question en plusieurs chapitres, dont chacun serait proposé séparément à l'émulation des travailleurs. C'est ainsi qu'il a été proposé successivement des prix sur les hallucinations, sur l'hystérie, etc. Néanmoins, avant que l'Académie ait pris ce sage parti, il s'est trouvé un praticien distingué d'une de nos principales villes de province, qui a eu le courage d'affronter, à trois reprises différentes, le problème primitif avec ses nombreuses et insurmontables difficultés. Et comme il n'est rien dont on ne puisse venir à bout avec un travail opiniâtre aidé d'un esprit juste et d'une intelligence élevée, M. Gaussail (de Toulouse) est parvenu à faire un livre intéressant qui sera lu et consulté avec fruit par les médecins qui s'occupent de l'étude des maladies nerveuses. Est-il besoin d'ajouter qu'après avoir été encouragé deux fois dans ses recherches par les suffrages de l'Académie, M. Gaussail a enfin obtenu, en 1843, une médaille d'or de la valeur de 600 francs, accordée sans doute autant à son courage et à sa rare persévérance qu'aux perfectionnements consécutifs qu'il avait fait subir à son œuvre.

Après avoir établi dans un premier chapitre ce qu'on doit entendre par surexcitation et surexcitabilité nerveuse, et étudié les diverses causes qui peuvent amener ces dispositions particulières

de l'organisme, M. Gaussail recherche quel rôle on doit attribuer à l'hérédité dans leur production. De l'examen des nombreuses observations recueillies dans les différents auteurs qui se sont occupés de la même question, et des faits particuliers qui lui sont propres, l'auteur arrive à cette conclusion importante, que la surexcitabilité nerveuse, et avec elle la surexcitation considérée soit comme maladie propre, soit comme caractère essentiel d'une foule de maladies nerveuses, est très-fréquemment héréditaire. C'est à la démonstration de cette grave proposition que tendent toutes les recherches de M. Gaussail; et lorsqu'il en vient à étudier les diverses maladies qui résultent de la surexcitation nerveuse, l'asthme, les palpitations nerveuses, l'éclampsie des enfants, la chorée, l'hystérie, l'épilepsie, l'aliénation mentale, etc., toujours il s'attache à nous montrer une prédisposition héréditaire, préparant, pour ainsi dire, l'organisme à l'action des causes déterminantes et immédiates; car pour lui une maladie nerveuse ne sera pas seulement héréditaire parce qu'elle aura existé chez les parents de la personne qui en est actuellement atteinte, mais bien aussi parce que ces parents auront présenté pendant leur vie une surexcitation nerveuse habituelle, et encore parce que cette disposition organique aura été observée chez la mère pendant la durée de la grossesse. Cette manière de comprendre l'influence de l'hérédité dans la production des maladies en général nous semble la seule juste et vraie. Pourquoi, en effet, existe-t-il des différences individuelles si tranchées dans la manière dont nous sommes impressionnés par les causes délétères qui agissent sur nous? Pourquoi, si ce n'est que chacun de nous a reçu de ses parents, avec les éléments divers qui ont constitué sa vie, des aptitudes, des dispositions organiques spéciales, en un mot une idiosyncrasie mystérieuse que nous rendons si forte et si puissante contre certaines influences morbifères, si faible, au contraire, contre d'autres en apparence beaucoup moins actives?

Cette manière d'envisager la question de l'hérédité dans les maladies conduit naturellement M. Gaussail à rechercher les moyens les plus propres à prévenir la transmission ou le développement de cette malheureuse disposition organique de laquelle découlent presque nécessairement la plupart des affections nerveuses. « S'il est des maladies, dit-il avec raison, desquelles on puisse dire qu'il serait plus facile de les prévenir que de les guérir, celles qui font le sujet de ce travail sont assurément de ce nombre. » Aussi consacre-t-il un long chapitre à l'étude des nombreux moyens pro-

phylactiques que l'expérience du siècle a mis à notre disposition, avant de faire connaître ses idées sur le traitement curatif. Ces deux derniers chapitres, que nous aurions voulu plus complets, sont cependant rédigés dans un sage esprit d'observation, et témoignent chez l'auteur d'une étude consciencieuse de la question. En somme, nous ne craignons pas de répéter, en finissant, que malgré les nombreuses difficultés du problème soulevé par le prix Civrieux, M. Gaussail a fait un livre utile et qu'on consultera toujours avec fruit. E. Lisle.

Diagnostische und pathogenetische Untersuchungen, etc. (Recherches diagnostiques et pathogéniques, faites à la clinique du professeur Schoenlein et sous ses yeux), par M. Remak. Berlin, 1845; in-8°.

Les médecins allemands ont poussé l'étude micrographique des tissus animaux beaucoup plus loin que nous ne l'avons fait en France. Les travaux d'Ehrenberg, Henle, Muller, etc., le prouvent surabondamment. Ils nous ont devancés aussi dans les recherches du même genre sur les productions morbides, et le nom de Schoenlein était attaché depuis longtemps à la découverte des cryptogames du favus et des aphthes, que nous commencions à peine à nous servir du microscope. Ce n'est pas que, sous le rapport pathologique, les découvertes qu'on a faites soient bien importantes, mais elles n'en sont pas moins utiles à connaître. C'est Schoenlein qui le premier a dirigé ses études vers ce nouveau champ d'observation : ses travaux sur le favus et sur les cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien qu'on trouve dans les selles de la fièvre typhoïde remontent à 1835. Depuis, un grand nombre de ses élèves ont suivi la voie qu'il avait ouverte. M. Remak est le dernier venu de ceux-ci; mais ses travaux ont ceci de particulier qu'ils ont été faits sous les yeux mêmes du maître. Ils acquièrent par là un cachet de certitude que les autres n'ont pas toujours, en même temps qu'ils reproduisent sur un grand nombre de points les opinions de M. Schoenlein lui-même.

Les recherches de M. Remak portent sur les productions morbides qui caractérisent un certain nombre de maladies. Ces recherches sont rapportées dans son livre en dehors de toute idée systématique, et sans autre ordre que celui dans lequel elles ont été faites. C'est ainsi qu'il étudie d'abord les selles des malades atteints de fièvre typhoïde, puis celles des dysentériques; un peu plus loin, il rapporte ses observations sur l'urine dans la maladie de Bright et la scarlatine, pour passer ensuite aux abcès de la morve, aux champignons de la teigne, etc. Les résultats auxquels il est arrivé offrent presque tous un certain intérêt; mais leur analyse nous entraînerait à une énumération assez fastidieuse : aussi choisirons-nous pour notre analyse, parmi les dix-neuf maladies dont il s'occupe, celles qui lui ont fourni des résultats nouveaux ou peu connus.

M. Remak, examinant comparativement les matières fécales rendues dans la fièvre typhoïde et celles de la dysenterie, a noté un certain nombre de caractères différentiels intéressants à rapporter. Les matières fécales, dans la fièvre typhoïde, renferment : 1° des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. M. Schoenlein a cru longtemps que ceux-ci appartenaient en propre à cette maladie ; mais il les a trouvés depuis, dans deux autres cas, chez un homme atteint de diabète sucré et chez un phthisique. Ces cristaux se trouvent à la surface des plaques de Peyer et dans leur épaisseur. Ils sont toujours en quantité variable, généralement en rapport direct avec la liquidité des selles. 2° des cellules granuleuses semblables aux corpuscules du pus, dont elles diffèrent par la ténuité et la mollesse des granulations. 3° des débris floconneux blancs ou jaunâtres (teints par la bile), et qui ne sont que des résidus d'aliments, surtout de végétaux. 4° quelquefois des débris de lamelles épidermiques. 5° du sang ; les globules sont altérés ; devenus ovales, ils perdent leur couleur et deviennent difficilement apercevables. 6° des globules graisseux en grande abondance. 7° enfin des moisissures, des champignons, des infusoires (vibrions et autres de plus grande espèce). — Dans les excréments de la dysenterie, M. Remak a trouvé au contraire une très-petite quantité de cristaux, le plus souvent pas du tout ; les globules du sang étaient en général moins colorés et moins altérés dans leur forme, le plus souvent ils étaient réunis en bandes par des filaments fibrineux. Les cellules granuleuses puriformes renfermaient une granulation plus ténue, et étaient mélangées à des débris aplatis, sphériques ou cylindriques de cellules épidermiques, qui étaient contenus dans une masse transparente, extensible, d'apparence fibrineuse. Un caractère différentiel fort remarquable a été l'absence d'infusoires (vibrions) et la présence d'une très-grande quantité de conferves et quelquefois du champignon du ferment.

La présence des cryptogames dans quelques productions morbides a surtout été étudiée par M. Remak. C'est ainsi qu'il en a trouvé dans les aphthes, dans les fuliginosités de la langue et des dents, dans les excrétions alvines de quelques animaux, mais particulièrement de ceux qui se nourrissent principalement ou exclusivement de végétaux. Il les a étudiés sur lui-même, et il a remarqué qu'ils ne survenaient que lorsqu'il se nourrissait d'aliments acides (fruits, salades), et qu'il avait bu du vin de Champagne ou d'autres vins acidulés. Les cryptogames trouvés dans ces circonstances étaient le champignon du ferment et quelques conferves filiformes et articulés. M. Remak consacre un long article au champignon du favus, dont il étudie avec soin les caractères et le mode de reproduction. Ce mode de reproduction est assez curieux pour que nous en disions un mot. M. Remak enferma un fragment de croûte de favus dans une petite cavité creusée dans l'épaisseur d'une moitié de pomme. Cette pomme, placée dans le sable mouillé, fut recouverte d'une cloche de verre de manière que l'on pût mouiller le sable sans laisser entrer l'air extérieur sous la cloche. Au bout de vingt-quatre heures, il remarqua que toutes les sporidies libres que renfermait la croûte du favus étaient ap-

pendues à une excroissance courte, cylindrique et homogène. Les jours suivants, cette excroissance s'allongea en conservant sa transparence ; le troisième et le quatrième jour, on pouvait déjà voir au commencement de l'excroissance une série de cavités ovalaires qui s'accrurent et se séparèrent de la tige les jours suivants. On ne put pas poursuivre ces recherches au delà du sixième jour, à cause des moisissures qui naissent sur la pomme. D'après ses recherches, M. Remak a été amené à conclure que le champignon du favus n'est pas l'analogue du champignon du ferment. Il ne croit pas davantage à sa ressemblance avec les mycodermes, dont les espèces ont d'ailleurs été assez mal caractérisées par Persoon ; mais, s'autorisant des avis de M. Link, il le regarde comme une espèce particulière appartenant à la division des hypomycetes (Wild), et à laquelle il donne le nom de *achorion Schoenleini : Achorion Schoenleini, orbiculare, flavum coriaceum, cuti humanæ præsertim capitis insidens ; rhizopodion molle, pellucidum, floccosum floccis tenuissimis, vix articulatis ramosissimis ; mycelium floccis crassioribns, subramosis, distincte articulatis, articulis inæqualibus irregularibus in sporidia abeuntibus ; sporidia rotunda, ovalia vel irregularia, in uno vel pluribus lateribus germinantia.* Le caractère spécial de ce cryptogame, c'est sa reproduction rapide, profonde, lorsqu'il a été mis en contact avec la peau *non privée* de son épiderme. C'est ce caractère, que M. Remak a vérifié par des expériences faites sur lui-même, qui le distingue des cryptogames trouvés dans les aphthes, sur les dents, etc., qui ne sont que les analogues de ceux qui se produisent à l'extérieur sous l'influence de quelque modification chimique. C'est pour cela que M. Remak pense que le champignon du favus est un végétal parasite, comme l'est le virus de la gale, tandis que les autres champignons sont des produits secondaires.

M. Remak a eu deux fois l'occasion d'étudier les abcès de la morve, et il a noté, avec tous les observateurs, les différences qui existaient entre eux et les abcès inflammatoires. Il a remarqué que, dans les poumons et les muscles, la formation du pus était précédée par l'apparition de petites nodosités molles, isolées ou réunies en groupes. Le pus paraît dû au ramollissement de la partie centrale de ces nodosités. Les parois de l'abcès sont irrégulières et anfractueuses ; elles sont entourées d'un réseau capillaire très-injecté, sans aucune transsudation de sang. Les tissus qui environnent les abcès sont très-altérés ; cela se voit surtout pour les muscles dont les fibres sont au pourtour des abcès coupés net ou ramollis et déchirés dans une certaine étendue. Outre les recherches que nous venons de rapporter, M. Remak a étudié encore le liquide de la spermatorrhée, la couenne du sang, etc. Les résultats auxquels il est arrivé sont connus ; mais il a décrit une forme particulière de crachats dans la pneumonie, qui nous a paru mériter d'être rapportée avec détail (voy. le numéro précédent, p. 77). Il termine enfin son travail par de longues considérations sur la nature de la fièvre typhoïde et sur la reproduction du sang. Ces considérations toutes théoriques ne sont pas susceptibles d'analyse.

On a vu, par les détails dans lesquels nous sommes entrés,

que le livre de M. Remak renferme des recherches curieuses, quelques vues nouvelles; et si les résultats auxquels il est arrivé ne sont pas immédiatement utiles sous le rapport de la pratique, ils n'en sont pas moins intéressants, puisqu'ils agrandissent le domaine de la science. O.

Tableau sommaire de la bibliographie anglo-américaine.

Nous publions aujourd'hui un tableau de la littérature médicale anglo-américaine pendant les années 1844 et 1845. Du reste, ainsi que nous l'avons fait dans le courant de l'année précédente, nous reviendrons, dans nos revues critiques des différentes parties de la science et de l'art, sur les ouvrages qui offrent le plus d'importance. Nous ne mentionnerons pas ici les ouvrages relatifs à l'anatomie et à la physiologie: ils sont indiqués dans la section anatomique et physiologique de notre journal.

Pathologie et thérapeutique médicales. — GOLDING BIRD. *Urinary deposits, their diagnosis, pathology and therapeutical indications:* Histoire des dépôts qui se font dans l'urine, considérés au point de vue du diagnostic, de la pathologie et de la thérapeutique. Londres, 1844; petit in-8°, pp. 324.—Très-bonne monographie.

HALL (Marshall). *Practical observations and suggestions in medicine:* Observations et propositions de médecine pratique. Londres, 1845; in-8°, pp. 360. — Cet ouvrage, qui n'a de pratique que le nom, n'est autre chose qu'un assemblage de mémoires sur divers sujets, et dans lesquels les idées ingénieuses mais paradoxales prédominent.

WEBB (Allan). *Pathologia indica, or the anatomy of indian diseases:* Pathologie indienne, ou anatomie des maladies médicales et chirurgicales des Indes, d'après les pièces anatomiques du muséum de Calcutta, des observations, etc. Calcutta, 1844; in-8°, 1re partie.—Cet ouvrage sera consulté avec avantage par tous ceux qui voudront étudier les maladies des pays chauds. L'auteur y a consacré des développements considérables aux maladies de la rate, si nombreuses et si graves dans ces climats.

CHAPMAN (N.). *Lectures on the more important diseases of the thoracic and abdominal viscera:* Leçons sur les maladies les plus importantes des organes thoraciques et abdominaux. Philadelphie, 1844; in-8°, pp. 384.—Ouvrage bon à consulter.

LATHAM (P.-M.). *Lectures on subjects connected with clinical medicine, comprising diseases of the heart:* Leçons de médecine clinique, comprenant les maladies du cœur. Tome I. Londres, 1845; in-12, p. 374.—Nous avons rendu compte de cet estimable ouvrage.

FURNIVALL (J.-J.). *The diagnosis, prevention and treatment of diseases of the heart and of aneurysm:* Sur le diagnostic, la prophylaxie et le traitement des maladies du cœur et de l'anévrysme. Londres, 1845; in-8°, pp. 216. — Cet ouvrage ne renferme rien de bien nouveau; mais il pourra cependant être consulté avec fruit, à cause des faits intéressants qui y sont contenus.

COPEMAN (Ed.). *A collection of cases of apoplexy:* Collection

d'observations d'apoplexie cérébrale, précédée d'une introduction explicative. Londres, 1845; in-8°, pp. 206. — Ce livre renferme des recherches statistiques importantes sur cette maladie des centres nerveux.

Budd (G.). *On diseases of the liver:* Traité des maladies du foie. Londres, 1845; in-8°, pp. 401. — Ouvrage que l'on consultera avec fruit. L'auteur y a mis à profit les documents nombreux qu'il a recueillis à l'hôpital de la Marine, à bord du *Dreadnought*, et plus tard au *King's college hospital*.

Ashwell (Sam.). *A practical treatise on the diseases peculiar to women:* Traité pratique des maladies des femmes. Londres, 1844; in-8°, pp. 754. — Cet ouvrage mérite de fixer l'attention, par les détails pratiques et instructifs dont il est rempli. Nous en rendrons compte avec tout le soin qu'il mérite.

Bennet (J.-Henry). *A practical treatise on inflammation, ulceration and induration of the neck of the uterus:* Traité pratique de l'inflammation, de l'ulcération et de l'induration du col de l'utérus. Londres, 1845; in-8°, pp. 212. — Nous avons rendu compte de cette monographie, qui se recommande par son côté pratique et les idées ingénieuses qu'elle renferme. (Voy. le numéro de décembre 1845.)

Wilson (Er.). *A practical treatise on healthy skin:* Traité pratique sur la santé de la peau, avec des règles pour le traitement médical et domestique des maladies cutanées. Londres, 1845; petit in-8°, pp. 356, fig. — Ce nouveau traité des maladies de la peau repose sur les recherches anatomiques auxquelles l'auteur s'est livré récemment, au sujet de la structure du tégument externe.

Pathologie et thérapeutique chirurgicales. — Miller (J.). *The principles of surgery:* Principes de chirurgie. Edimbourg, 1844; in-8°, pp. 716. — Ouvrage véritablement classique.

Colles (Abraham). *Lectures on the theory and practice of surgery:* Leçons sur la théorie et la pratique de la chirurgie. Dublin, 1844-5; 2 vol. petit in-8°, pp. 396 et 360. — Cet ouvrage, plein de saines doctrines et de faits pratiques, n'est malheureusement pas à la hauteur des connaissances chirurgicales de notre époque, et l'auteur est mort avant d'avoir pu s'en occuper sérieusement.

Pancoast (J.). *A treatise of operative surgery:* Traité de médecine opératoire, comprenant une description des diverses méthodes chirurgicales et toutes les opérations nouvelles. Philadelphie, 1844; in-4°, pp. 380. — Compilation qui ne renferme que bien peu de choses propres à l'auteur.

Machwain (G.). *The general nature and treatment of tumors:* Sur le diagnostic et le traitement des tumeurs. Londres, 1845; in-8°, pp. 220. — C'est l'ouvrage d'un praticien qui a vu beaucoup et bien vu.

Obstétrique. — Ramsbotham (F.-H.). *The principles and practice of obstetric medicine and surgery, et reference to the process of parturition:* De l'obstétrique théorique et pratique, considérée dans ses rapports avec les diverses périodes de la grossesse. Londres, 1844; in-8°, pp. 756. — C'est un des traités d'accouchements les meilleurs et les plus complets qu'on ait écrit depuis longtemps.

Annonces bibliographiques.

Traité de matière médicale et de thérapeutique, précédé de considérations générales sur la zoologie, et suivi de l'histoire des eaux naturelles; par J. Dieu, D. M. P., pharmacien-major, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Metz. Tome Ier, in-8°. (L'ouvrage aura 3 vol.; prix : 19 fr. 50.) A Metz, chez Pallez et Rousseau; à Paris, chez Fortin, Masson et Cie.

De l'Organisation de la médecine rurale en France, nivellement parfait et diminution considérable de l'impôt médical, répartition égale entre toutes les classes et pour toutes les distances des secours de la médecine (visites et médicaments), amélioration matérielle et morale pour la corporation des médecins, etc. etc.; par Alph. Lorrau, D. M. P., professeur suppléant à l'École de Poitiers. In-8°, prix : 50 c. Paris, chez Fortin, Masson et Cie.

Éléments de pathologie médicale, par A.-P. Requin, médecin de la Maison royale de santé, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc. Tome II. Paris, 1846; in-8° de 828 pages. Prix : 8 fr. Chez Germer Bailliere.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie, pour 1846, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1845, et les formules des médicaments nouveaux, suivi de recherches sur des cas rares de chimie pathologique et d'un mémoire sur l'action des poisons et de substances diverses sur les plantes et les poissons; par le docteur A. Bouchardat, pharmacien en chef de l'hôtel-Dieu de Paris. Paris, 1846; 1 vol. grand in-32 de 348 pages. Chez Germer Bailliere. 1 fr. 25 c.

Supplément à l'Annuaire de thérapeutique, etc., pour 1846, contenant : 1° trois mémoires sur les fermentations; 2° un mémoire sur la digestion des substances sucrées et féculentes et sur les fonctions du pancréas, par MM. Bouchardat et Sandras; 3° un mémoire sur le diabète sucré ou glucosurie; 4° note sur les moyens de déterminer la présence et la quantité de sucre dans les urines; 5° notice sur le pain de gluten; 6° note sur la nature et le traitement physiologique de la phthisie, par le Dr A. Bouchardat. 1 vol. grand in-32 de 336 pages; chez Germer Bailliere. Prix: 1 fr. 25 c.

Manuel de matière médicale, de thérapeutique comparée et de pharmacie, par le Dr A. Bouchardat. 2e édit. entièrement refondue et considérablement augmentée; 1 vol. grand in-18 de 924 pages. Chez G. Bailliere. 7 fr.

Code thérapeutique, méthode d'imbibition ou traité des tisanes; par le Dr G. E. Norcsu. 1 vol. gr. in-8° de 188 pages et un tableau synoptique; chez Germer Bailliere. Prix : 4 fr. 50 c.

Annuaire de médecine et de chirurgie pratiques, pour 1846, résumé des travaux pratiques les plus importants publiés en France et à l'étranger pendant l'année 1845; par le Dr Wahu. 1 vol. grand in-32 de 336 pages; chez Germer Bailliere. Prix : 1 fr. 25 c.

PARIS. — IMPRIMERIE DE RIGNOUX, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 29 *bis*.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

Mars 1846.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU FÉMUR PAR LE RELACHEMENT ABSOLU ; APPAREIL APPLICABLE A CETTE MÉTHODE. — OBSERVATIONS ET PLANCHES SUR CE SUJET ;

Par **Alph. Loreau**, *D. M. P., ancien élève de l'École pratique et des hôpitaux de Paris, professeur suppléant à l'École préparatoire de Poitiers, etc.*

> **Neque enim sine magno dedecore ac noxa femur brevius redditur.**
>
> (Hipp., *Lib. de fracturis.*)

Propositions diverses pouvant servir d'introduction.

I. La situation, l'extension, la flexion, doivent se régler d'après les positions naturelles : on connaît les positions naturelles à la manière dont le membre se place dans les diverses actions, ayant égard à l'état de repos, à l'état moyen et à celui qui est le plus naturel. (Hipp., *du Laboratoire de chirurgie*, 16, trad. de Gardeil.)

II. On lit dans les *Aphorismes de Boerhaave*, commentés par Van Swieten, traduits et annotés par Louis, qu'Hippocrate avait donné ce précepte : *Les vraies situations, les*

directions doivent se prendre d'un homme en repos et dont le corps est relâché (*de Medic. offic.*, text. 21, chart., t. X, p. 87 et 88); et que Galien, dans ses commentaires sur ce texte, s'exprimait ainsi : « Dans le traitement, il faut faire prendre aux parties la figure qu'elles ont lorsque nous sommes en repos. » (Boerhaave, t. III, p. 303.)

III. Un peu plus loin, Boerhaave lui-même formule ainsi la même pensée : « Or, comme il faut que le membre reste toujours dans la même posture, on doit mettre la partie malade dans une situation qu'elle puisse conserver longtemps la même, sans en être incommodée ; c'est pourquoi, dans la fracture de la cuisse et de la jambe, par exemple, on doit plier un peu l'articulation du genou, car personne ne pourrait rester longtemps couché la jambe étendue. » (Ouvr. cit., p. 339.)

IV. Fabrice de Hilden partageait cette opinion, et voici ce qu'il disait à ce propos : « En la situation, comme aussi en l'extension et bandage, il faut avoir égard à la plus commode figuration du membre ; or, de cette sorte est la figure moyenne en laquelle nous avons accoutumé de tenir nos membres, quand nous demeurons sans rien faire. »

V. « Le meilleur moyen d'opérer la réduction des fractures en général, et celle du col du fémur en particulier, c'est de diminuer la résistance des muscles, en les mettant dans le relâchement ou dans la demi-flexion. » (Dupuytren, *Leçons orales*, t. II, p. 131.)

VI. « Si la position demi-fléchie est le meilleur moyen de réduire les fragments et de les maintenir réduits, il doit en résulter que le meilleur appareil contentif est celui qui tient les muscles dans la position demi-fléchie : c'est le principe posé par Pott, et que, par une singularité bien remarquable, il n'a point appliqué aux fractures du col. » (Dupuytren, ouvr. cit., p. 132.)

VII. « Il fallait s'opposer à l'action tonique des muscles et

en empêcher en même temps les contractions; la position demi-fléchie est incontestablement celle dans laquelle les muscles sont le plus relâchés. » (Dupuytren, ouvr. cit., p. 137.)

VIII. « Cette position demi-fléchie est incontestablement moins fatigante que celle de l'extension. » (J. Cloquet et A. Bérard, art. *Cuisse* (Fractures de la) du Dict. en 30 vol., t. IX, p. 122.)

IX. « Quel que soit le moyen de transport auquel on aura recours, le membre blessé devra reposer sur des oreillers ou des coussins remplis de bottes d'avoine, disposés de manière à former un plan horizontal, si la fracture affecte la jambe; un double plan incliné, si la cuisse est malade. » (J. Cloquet et A. Bérard, ouvr. cit., t. XIII, p. 423.)

X. « Les tentatives que l'on fait pour réduire une fracture peuvent être inutiles... les muscles entrant dans une contraction si violente que tous les efforts de réduction sont perdus. Il faut, dans ce cas, placer le membre dans une position qui relâche les muscles les plus puissants. Si la contraction spasmodique des muscles provient de la douleur produite par la maladie elle-même, de la grande susceptibilité ou de la pusillanimité du blessé, il faut avoir recours à la position demi-fléchie. » (J. Cloquet et A. Bérard, ouvr. cit., t. XIII, p. 429 et 430)

XI. « On suit, d'une manière trop exclusive en France, la méthode de réduire les fractures en mettant le membre blessé dans l'extension, et de le maintenir dans cette position pendant le traitement. En plaçant le membre fracturé dans la position la plus favorable au relâchement de ses muscles, on rend leur action presque nulle, et l'on n'a pas besoin, pour opérer la réduction, d'employer des forces considérables, ni de faire sur les parties malades des tractions douloureuses, qui, en augmentant les contractions musculaires, rendent la réduction plus difficile, et peuvent être suivies d'accidents fâcheux. » (J. Cloquet et A. Bérard, ouvr. cit., t. XIII, p. 428.)

XII. « La proscription générale des machines est devenue aujourd'hui un précepte de l'art. » (Richerand, *Nosogr. chir.*, 4e édit., t. III, p. 110.)

XIII. « Qu'en résulte-t-il d'abord (il s'agit de l'emploi des machines à extension permanente)? Des douleurs vives, insupportables, quelquefois atroces; mais ces douleurs peuvent être suivies d'inflammation, de suppuration, de gangrène : plusieurs malades ont succombé à cet accident.

Tous les moyens ont été mis en œuvre pour neutraliser les effets de cette compression, et nous n'avons pu y parvenir : aussi avons-nous renoncé à ce moyen, convaincu que c'est un procédé contre nature. J'ajoute que, avec quelque exactitude qu'il soit appliqué, il laisse très-fréquemment après lui du raccourcissement. » (Dupuytren, *Leçons orales*, t. II, p. 135.)

XIV. « Heureux s'ils étaient exempts de reproche, et si tous les sujets pouvaient les supporter ! » (Il est question des machines à extension continue.) (Boyer, *OEuvr. chirurg.*, t. III, p. 257.)

XV. M. Dezeimeris, à propos des machines extensives dont les J.-L. Petit, les Vermandois, les Hunter, les Bellocq, les Boyer, les Desault, avaient rendu l'emploi si fréquent, s'exprime ainsi : « On ne s'apercevait point que, dans la plupart des cas, la tendance continuelle des os à se déplacer, et la résistance prodigieuse des muscles étaient le résultat de l'extension même dans laquelle on plaçait le membre fracturé. G. Sharp et Percival Pott se partagent l'honneur d'avoir établi, pour condition fondamentale de la réduction et du maintien des fractures, l'attention de placer le membre de telle sorte que les muscles qui tendraient à déplacer les fragments soient dans le plus grand relâchement possible. Ces principes adoptés en France par Lassus, qui les y fit connaître, par Sabatier et quelques autres, s'y seraient sans doute propagés et établis; mais l'école de Desault, dont les opinions étaient fort opposées, l'emporta durant plus d'un quart de

siècle, et ce n'est que depuis un petit nombre d'années qu'on a commencé à revenir aux principes des deux célèbres chirurgiens anglais. » (Dict. en 30 vol., t. XIII, p. 506.)

XVI. Il ne peut y avoir que trois manières de lutter contre les muscles dans le traitement des fractures : 1° la force qui balance leur action; 2° les narcotiques, les saignées et la diète qui la paralysent ou l'affaiblissent ; 3° une position du membre qui mette les os hors de leur portée.

La première est dangereuse, il faut la proscrire ; la seconde, souvent insuffisante, n'agit que momentanément et ne peut être d'une application générale ; reste la troisième : c'est au praticien à savoir l'utiliser.

XVII. « Mais il arrive quelquefois que les muscles, au lieu de s'aplatir et de s'effacer, pour ainsi dire, pendant qu'on exerce l'extension, à la première tentative d'allongement du membre, se gonflent, se durcissent, signes d'une contraction plus ou moins énergique de ces organes, contre laquelle il serait imprudent et dangereux de lutter. Il faut attendre alors, pour opérer la réduction, que l'irritation et la contraction spasmodiques des muscles soient tombées, ce qui arrive le troisième ou le quatrième jour, ou un peu plus tard. Cependant, il ne faut pas négliger d'assujettir les fragments et de prévenir leurs déplacements ultérieurs, qui entretiendraient l'irritation des parties molles : ainsi, malgré le chevauchement des pièces de la fracture, ou malgré la courbure du membre, on fera l'application de l'appareil. » (Boyer, *OEuvr. chirurg.*, 4e édit., t. III, p. 252.)

XVIII. « Si le lendemain et le surlendemain, après avoir mis la partie à nu, on trouve encore les muscles fermes, durs, et disposés à des contractions énergiques, il vaut mieux replacer l'appareil sans s'occuper de la réduction, que de faire des tentatives inutiles, et qui ne produiraient que le renouvellement de l'irritation. » (Boyer, ouvr. cit., p. 254.)

S'il est vrai, comme on l'a dit, que la multiplicité des moyens préconisés contre une maladie, bien loin de prouver la puissance de l'art, en dénote, au contraire, l'insuffisance, on devra pressentir quelles difficultés présente la curation des fractures du fémur. Quelle innombrable quantité d'appareils n'a-t-on pas mis en œuvre pour arriver à un résultat satisfaisant! quelle substance n'a-t-on pas employée pour en rendre la confection plus parfaite; qui pourrait en faire, je ne dis pas la description complète, mais seulement le dénombrement exact! La mémoire s'y perd, et cependant le pronostic de ces fractures est resté pour les modernes ce qu'il était pour les anciens. Qu'on lise les ouvrages de chirurgie, et l'on demeurera bientôt convaincu de l'exactitude de ce fait.

Celse écrivait : *Neque tamen ignorari oportet, si femur fractum est, fieri brevius, quia nunquam in antiquum statum revertitur, summisque digitis postea cruris ejus insisti.* (Lib. VIII, § 10, n° 5.)

A. Paré (voir ses OEuvres, liv. XV, ch. 21, p. 343, édit. de Lyon, 1664) en parle dans le même sens. Or, il cite cette phrase d'Avicennes, comme l'expression de son opinion personnelle à ce sujet : *Peu souvent on guérit si heureusement la fracture de la cuisse que le malade ne demeure boiteux.*

Boyer (*OEuvr. chirurg.*, 4ᵉ édit., t. III, p. 246) écrivait en ces termes le pronostic des fractures de la cuisse : « La fracture du fémur, même lorsqu'elle est simple et transversale, est une maladie fâcheuse. Le grand nombre de muscles qui entourent le fémur, le rapport de cet os avec ses muscles, son peu de volume relativement à celui de ces organes, s'opposent à l'effet des moyens ordinaires, et rendent *extrêmement difficile* le maintien des fragments dans leurs rapports naturels; ils ne peuvent être embrassés que d'une manière très-inexacte par un appareil quelconque, et ils sont presque

inévitablement déplacés par les mouvements indispensables du tronc. Si les difficultés sont si grandes, même pour les fractures transversales, on conçoit aisément qu'elles doivent l'être bien davantage pour les fractures obliques, où les fragments ne se prêtent aucun appui. Mais elles sont presque insurmontables dans les cas où la fracture est située près des trochanters. »

Qu'est-il besoin, après cela, de transcrire ici ce que Boyer et tous les auteurs ont écrit sur le pronostic de la fracture du col? Le plus grand nombre ne penche-il pas à admettre que ces sortes de fractures, à part quelques cas heureux, sont impossibles à guérir sans difformité? Mais laissons celles-ci de côté pour un instant, et ne rappelons l'opinion des auteurs modernes que relativement aux fractures du corps de l'os.

MM. J. Cloquet et A. Bérard, dans le Dict. en 30 vol., t. IX, p. 419, s'expriment ainsi : « Le pronostic de la fracture de la cuisse est en général très-grave, en ce sens qu'*il est extrêmement rare d'obtenir une guérison exempte de difformité.* » Et ils ajoutent : « Quels que soient les moyens que l'on emploie pour maintenir les fragments en rapport, il est à peu près impossible de s'opposer à leur chevauchement dans les cas où la surface de la fracture est oblique. »

Et page 426 du même article, on trouve cette phrase qui est la confirmation de ce qui précède, et qui, de plus, doit faire juger à sa juste valeur l'appareil de Desault, qui compte encore tant de partisans malgré son impuissance et ses inconvénients. (Voy. les propositions 13 et 15 en tête de ce travail.) « Quelque bien appliqué qu'ait été l'appareil (il s'agit de celui de Desault) après la réduction exacte, il arrive fréquemment, surtout lorsque les fractures ont beaucoup d'obliquité, que les fragments chevauchent, et qu'on ne peut guérir le blessé sans raccourcissement. » (Voy. obs. 1.) — C'est une vérité incontestable qui est confirmée par l'expérience de chaque jour, et que les partisans les plus dévoués à l'appareil de Desault

avoueront s'ils sont de bonne foi. (Voy. les observ. 1, 2, 6, à la fin de ce mémoire.)

A quoi tient donc cette impuissance de l'art dans le traitement des fractures du fémur? Ce ne peut être, quoi qu'on en ait pu dire, à la disposition particulière de cet os et au nombre des muscles qui s'y insèrent, car on peut se garer de leur action contraire; ce n'est pas non plus à l'insuffisance des moyens de contention, puisque, ainsi que je l'ai déjà dit, ces moyens sont si nombreux qu'ils en sont innombrables.

Quelle nouvelle invention faut-il donc espérer? quelles nouvelles substances pourrait-on employer? A quels liens nouveaux faudrait-il recourir pour contenir ces fragments récalcitrants? Quelle force triomphera de ces muscles rebelles? Que faut-il enfin pour améliorer ce pronostic si pénible pour le blessé, si décourageant pour le chirurgien? Ce qu'il faut sera aisé à trouver désormais : il suffira de glaner dans ce champ parcouru depuis des siècles par tant d'hommes habiles, et soudain se formera un faisceau complet où chaque méthode retrouvera une parcelle d'elle-même; car, on est forcé de le reconnaître, si la critique n'en a épargné aucune, il n'y en a pas moins, au fond de chacune d'elles, une amélioration, une idée qui sollicite le progrès, le fait naître, si elle ne l'apporte pas.

Ce n'est donc qu'en faisant un appel à tous ses procédés connus, en demandant à chacun ce qu'il peut avoir de vraiment utile, qu'on arrivera à constituer le meilleur mode de traitement possible, l'appareil le mieux applicable à tous les cas.

Celui-ci fournira une réduction aussi facile que peu douloureuse; celui-là, le moyen d'obtenir une contention solide, qui, sans nuire à la surveillance toujours indispensable, rendra inutiles de trop fréquentes réapplications; un autre nous dira ce qu'il faut pour déplacer sans peine les blessés, ce qu'il faut encore pour les transporter d'un lieu

dans un autre d'une manière inoffensive et commode ; un quatrième préviendra ces roideurs articulaires si souvent voisines de l'ankylose, qui fait de la convalescence une torture qni dure autant que la maladie elle-même (voir obs. 1, 2, 6) ; un cinquième mettra à même de traiter les complications de toutes sortes, pourvu que leur gravité laisse quelque chance de sauver le membre, sans pour cela renoncer aux autres avantages. Enfin, un appareil ainsi constitué, une méthode ainsi créée, suffira pour toutes les occurrences, que la fracture soit transversale ou oblique, simple ou compliquée ; qu'elle affecte le corps de l'os ou ses extrémités; qu'elle soit employée au début, ou qu'arrivée tardivement, elle ait à redresser un cal vicieux, etc. (Voy. obs. 2.)

Ce serait ici l'occasion peut-être de faire une histoire complète de toutes les transformations que le génie des praticiens a fait subir aux appareils employés contre les fractures du fémur ; mais trop d'auteurs habiles ont accompli cette tâche, trop de critiques expérimentés ont fait ressortir les avantages et les inconvénients de chacun, pour que la reproduction de ce travail puisse être autre chose qu'une compilation fastidieuse et inutile. Qu'il me suffise de rappeler qu'aujourd'hui deux méthodes toutes contraires partagent les praticiens en deux camps opposés dans le traitement des fractures du fémur : que l'une, qui nous vient des anciens, a pour caractère spécial l'extension complète du membre; que l'autre veut la demi-flexion de la jambe sur la cuisse, et de celle-ci sur le bassin.

La première, qui est encore de nos jours généralement employée en France, a vu successivement se briser les meilleures lames à sa défense. Tous les efforts ont été tentés pour retarder sa menaçante agonie ; mais on peut, je crois, prédire aujourd'hui que, s'il lui reste désormais des partisans, elle n'aura plus de défenseurs. (Proposit. 8, 9, 10, 13, 15.)

Pour tous les auteurs, et surtout pour les praticiens, ses

inconvénients sont trop nombreux, ses dangers trop réels, son impuissance trop évidente pour qu'on puisse la prôner encore. Cela veut-il dire que ses modes de contention sont vicieux? Assurément non, pour la plupart; car en cela la chirurgie a été sublime d'inventions; et bien des procédés resteront acquis à sa pratique, sinon dans leur ensemble, au moins dans celles de leurs parties qui se montreront applicables à une autre méthode plus rationnelle dans sa base fondamentale et devant mieux satisfaire à toutes les exigences.

Je ne citerai ici aucun de ces procédés de contention, parce qu'il faudrait les mentionner tous et faire la critique de chacun, tandis qu'en réalité il n'y a à critiquer que la méthode qui les a engendrés. J'aime mieux n'en parler que pour en montrer les avantages, plutôt que pour en signaler les imperfections.

La seconde méthode, présentée par les anciens dont les ouvrages sont pleins d'excellents préceptes en sa faveur (propos. 1, 2, 3, 4), mais moderne par son application récente, a déjà subi un grand nombre de transformations applicables soit à l'ensemble de la position, soit aux détails de la contention. Sans doute elle aurait eu jadis une prééminence marquée sur l'extension, si l'anatatomie mal connue eût pu guider les praticiens d'alors et changer en certitudes pratiques ce qui n'était que prévisions incertaines, et l'on peut établir à son sujet que, si aujourd'hui elle n'est pas plus universalisée malgré les efforts de Pott, Ch. Bell, Earle, Amesbury, en Angleterre, Lassus, Sabatier, Dupuytren et tant d'autres, en France, c'est qu'elle est inachevée, incomplète, et d'une application bornée à certains cas isolés et spéciaux.

Quand j'ai dit plus haut que cette seconde méthode a été pressentie par les anciens, je n'entends pas en parler sous le point de vue de l'application qu'on en a faite, mais bien du principe qui la recommande, de l'idée qui s'y rattache, du

relâchement enfin, qui en fait la base fondamentale. Prendre pour le traitement des fractures la situation, la direction d'un homme en repos et dont le corps est relâché, ainsi que le conseillaient les anciens, ne veut pas signifier seulement de mettre dans une demi-flexion pure et simple. Quand il s'agit de la cuisse, il faut quelque chose de plus pour que le conseil soit exécuté dans toute son étendue ; car, en aucun cas, une position aussi simple en elle-même ne parviendra à relâcher tout d'un coup tant de muscles d'une direction si différente. Pour lutter efficacement contre une action complexe, il faut une position complexe, et c'est parce qu'elle n'a pas été bien comprise que la critique a soulevé tant d'opposition à son adoption, et que Desault l'emporta quoique rétrogradant. (Propos. 15.)

Ce professeur avait raison, en effet, quand il disait aux partisans de cette nouvelle méthode : Vous vous vantez à tort de relâcher tous les muscles par votre position demi-fléchie ; vous ne relâchez bien réellement que les fléchisseurs ; mais vous tiraillez d'autant les autres qui ont l'extension en partage, etc. Il avait raison de formuler ce reproche, mais il l'exagérait : la demi-flexion de la jambe, la demi-flexion de la cuisse, ne suffisent pas à un relâchement complet, c'est vrai ; mais de ce que la méthode était imparfaite, de ce qu'elle ne pouvait tenir absolument tout ce qu'on lui faisait promettre, fallait-il en rejeter le principe comme vicieux, et aujourd'hui serait-il sage de la repousser ? Assurément non ; car, en définitive, lors même qu'elle ne serait pas susceptible d'achèvement, elle devrait encore mériter la préférence, puisque, si elle a contre elle de ne relâcher qu'une partie des muscles qui peuvent déplacer les fragments, l'extension n'en relâche aucun, pas même les extenseurs : mais heureusement nous n'en sommes pas là, et l'anatomie ne tardera guère à vider la question et à donner gain de cause à qui de droit.

Mais le principe, l'idée de relâcher toutes les fibres char-

nues n'est pas tout ce qu'il faut pour constituer une méthode: pour rendre cette idée, ce principe applicable, il faut un mode de contention solide, un appareil possible et qui satisfasse aux exigences de toutes les complications; et, sous ce second rapport, la méthode dite de la demi-flexion laisse encore beaucoup à désirer.

Deux choses sont donc à envisager dans le traitement des fractures du fémur : 1° la position à donner au membre pour obtenir un relâchement complet des muscles, ce qui doit constituer la base de tout traitement; 2° l'application, qui comprendra la réduction et la contention.

De la position.

La position qu'il importe de choisir doit être tout naturellement celle qui sera la moins gênante, qui rendra facile et inoffensif le déplacement des blessés, qui garantira une réduction aussi prompte que peu douloureuse, et enfin qui pourra s'allier à un mode de contention simple dans son application, rassurant dans ses résultats.

Cette position ne peut être l'extension; car l'extension est plus que gênante, elle est affreusement douloureuse et trop souvent intolérable : c'est à elle, en effet, que se rattache cette idée antirationnelle de combattre par la force, et bien souvent par la force redoutable des machines, cette puissance de rétraction des muscles, non pas seulement des muscles de la cuisse, déjà si robustes et si nombreux, mais de ceux de la jambe, qui, eux aussi, sont dans la disposition la plus convenable pour la résistance dans cette lutte dangereuse. Tous les auteurs, à son sujet, n'ont-ils pas parlé de déchirures des muscles, de rupture de vaisseaux, de douleurs atroces, de tétanos, d'excoriations profondes, d'abcès, de gangrène et de mort? N'est-ce pas cette position qui amène ces roideurs articulaires, ces ankyloses, ces paralysies qui font le désespoir

des pauvres blessés ? Ils se croient guéris, parce que, débarrassés de tout appareil, on leur a dit, après trois mois de traitement : Levez-vous et marchez!... Mais cette guérison n'est qu'illusoire, et la joie qu'elle donne n'est bientôt qu'une affreuse déception. Ne leur faut-il pas deux mois au moins, à partir de ce moment, pour assouplir ces jointures soudées par le repos, et rendre à ces muscles atrophiés et perclus le mouvement qu'ils ont désappris, la contractilité qu'ils ont perdue? Trop heureux ensuite si le talon consolateur ne doit avoir que 3 ou 4 centimètres d'élévation !

L'extension ne satisfait donc pas à cette première condition du programme. Sera-t-elle plus heureuse pour le reste? Que les chirurgiens impartiaux en décident.

Traités par cette position, les malades ne doivent pas se permettre le plus léger mouvement pour se débarrasser de cette immobilité absolue. Ni la fatigue indicible de ce long décubitus sur le dos, ni les rougeurs au sacrum, ni les excoriations qui leur succèdent, rien ne peut faire changer cette position; elle fait la base du traitement. Il n'est pas jusqu'aux mouvements de tête qui, à la rigueur, devraient être proscrits, tant cette méthode a peur d'elle-même, et tant ses résultats sont incertains. Après cela, faut-il parler des besoins naturels que chaque jour ramène, ou encore de l'obligation de refaire un lit qui a eu tout le temps de se déranger? Quels embarras et quels dangers! Quant à transporter un blessé d'un lit dans un autre, on conçoit qu'il n'y faut pas penser.

Mais au moins cette position garantira-t-elle une réduction facile et exempte de douleurs?

Tous les auteurs répondent à cette importante question à peu près dans les termes suivants (prospos. 10, 17, 18) : «Bien souvent, on ne peut réduire du premier coup à cause de la rétraction des muscles ou des spasmes que la douleur y fait naître; il faut y revenir à plusieurs reprises à quelques jours

de distance, et pendant ce temps affaiblir le blessé par d'abondantes saignées, user des opiacés à hautes doses pour paralyser la puissance des muscles, ou encore les fatiguer par des tractions soutenues. » — Qui ne voit de prime abord tout le danger de cette manière de faire? L'opium et ses succédanés, les saignées, la fatigue portée jusqu'à la paralysie, empêcheraient-ils les os de labourer les chairs, d'augmenter ces spasmes qui sont une cause de sollicitude pour le chirurgien et d'horribles douleurs pour le malade? Et n'y a-t-il pas lieu de penser que les difficultés s'augmenteront par cette réaction de causes et d'effets, la souffrance perpétuant les spasmes, et ceux-ci déplaçant les fragments pour reproduire la douleur et rendre impossible la réduction, etc. (propos. 11, 17, 18), et cela jusqu'à l'épuisement du sujet?

Voilà pourtant les conséquences de l'extension, comme s'il n'était pas plus rationnel (propos. 5, 6) et plus simple de se garer d'un obstacle que d'avoir à le combattre; comme si, en un mot, il ne convenait pas mieux de mettre les os hors de la portée de rétraction des muscles que d'avoir la triste prérogative de les vaincre par de semblables moyens.

L'extension ne pouvant, même pour ses partisans, donner une réduction prompte et exempte de douleurs, elle ne pourra pas davantage s'allier à un mode de contention facile dans son application, rassurant dans ses résultats. Il suffit d'y réfléchir un instant pour s'en convaincre. Qu'est-ce, en effet, que la contention, sinon la réduction continuée? Quel est le but de tout appareil de traitement, sinon de perpétuer la coaptation des fragments? Or, si, dans cette position de l'extension, l'on a tant de peine à triompher de l'effort des muscles pour remettre les os en place, ne demeure-t-il pas évident que l'on aura les mêmes difficultés pour les y maintenir, puisque, par la suite du traitement, les muscles seuls, agents de tout déplacement, sont laissés dans la même disposition que primitivement? Ce qui prouve que ces difficultés

sont bien réelles, c'est la multitude d'appareils successivement employés, et qui semblent n'avoir pris naissance que pour démontrer leur insuffisance respective et servir de critique contre la méthode qui les revendique. N'est-ce pas à cette impuissance bien reconnue des moyens contentifs ordinaires que l'extension continue doit son origine? N'est-ce pas encore à cette même impuissance que l'on doit l'inamovibilité? C'est qu'en effet, pour ceux qui persistaient à mettre le membre dans cette position, il était tout naturel d'en venir à ces moyens que le temps a jugés et que l'expérience condamne. Le raisonnement était simple : pour réduire, c'est-à-dire pour triompher de la résistance des muscles tendus, tiraillés ou contractés, il a fallu une force de traction égale au chiffre 1,000, par exemple; pour contenir les fragments, c'est-à-dire perpétuer la réduction, il doit falloir la même fraction de 1,000, puisque les causes de déplacement sont les mêmes : d'où le lit d'Hippocrate et ses nombreuses modifications, dont quelques-unes sont venues jusqu'à nous (voir un article de M. Velpeau sur un mémoire de M. Gresely, dans *Arch. gén. de méd.*, t. XXIX, p. 509) : d'où les glossocômes, dont A. Paré nous a reproduit le dessin et la description; d'où la machine de Bellocq, l'appareil de Vermandois, l'attelle de Desault qui est l'idée mère d'une foule d'appareils, auxquels se rattachent les noms de van Houte, Mayer, Alban, Marcellin Baumers, Hagedorn, Klein, Dzondi, Nicolaï et Gibson, etc.; d'où enfin la mécanique de Boyer.

Cette mécanique, aussi coûteuse que dangereuse, n'a pas manqué non plus de modifications plus ou moins importantes; mais j'ai déjà reproduit l'arrêt prononcé contre toutes ces machines par Richerand, et l'opinion de Dupuytren et de plusieurs auteurs sur l'idée qui les avait fait servir au traitement des fractures. (Propos. 12, 13, 14.)

Le dynamomètre, dont la prudence a enrichi ces mécaniques à tractions, ne parviendra pas à les réhabiliter; c'est une

complication de plus. Sa présence permet, il est vrai, d'apprécier le degré de force qu'il faut pour faire céder les muscles et maintenir les os réduits; mais qu'est-ce qu'un tel avantage dans une semblable occurrence, s'il faut tirer jusqu'à réduction complète ? A quoi bon être instruit que la force nécessaire équivaut à 1,000 ? Ne vaut-il pas mieux être moins bien informé et ne tirer que comme 20 ?

Disons toutefois que si les tractions continues sont blâmables, elles ne le sont que dans l'abus qu'en ont fait les partisans de l'extension, puisque cette puissance est leur unique moyen de triompher de tous les muscles; que dans d'autres conditions, c'est-à-dire lorsque les muscles seront mis dans un état de relâchement absolu, non-seulement elles seront sans inconvénients, mais elles pourront offrir de vrais avantages : c'est ainsi qu'Amesbury s'en est servi, et que M. Mayor, M. Baup et quelques autres les ont ajoutées à l'hyponarthécie, soit en se servant pour cet effet de l'attelle jambière, soit en ajoutant à leurs appareils la selle poplitée. On verra bientôt la même idée servir de complément à l'appareil que je dois décrire.

L'inamovibilité est un nouvel argument en faveur de la thèse que j'ai posée, les bandes et les éclisses ayant été, dans cette position de l'extension, reconnues insuffisantes pour une parfaite contention. Les tractions continues s'étant montrées inefficaces et souvent intolérables, les praticiens durent aviser à quelque moyen plus résistant, qui permît le transport des blessés et rendît inutiles ces réapplications fréquentes, cause incessante de douleurs pour le malade : c'est alors que l'inamovibilité prit naissance.

L'idée n'en est pas nouvelle, puisque jadis les Arabes employaient le plâtre pour la confection de leurs appareils ; mais cette méthode était depuis longtemps perdue dans l'histoire de la chirurgie, lorsque Belloste en 1696, Moscati en 1739, et Le Dran en 1751, la firent revivre et imaginèrent, pour la con-

fection de leurs moules à contention, divers mélanges agglutinatifs et résolutifs. Cependant, ce mode de traitement était de nouveau retombé dans un oubli presque absolu, quand Larrey, au commencement de ce siècle, entreprit de le remettre en honneur. L'influence du nom et les succès que toute méthode donnera si elle est employée avec habileté et dans des circonstances favorables, valurent une certaine vogue aux étoupades de Larrey; mais l'extension du membre, qui fut conservée, aggravant les dangers de ce procédé de contention, de nombreux détracteurs élevèrent la voix contre cette méthode, et elle fut bientôt abandonnée, malgré les efforts de quelques apologistes plus généreux peut-être qu'ils n'étaient convaincus. C'est qu'en effet les avantages bornés qu'elle fournit dans les cas exceptionnels où elle est applicable ne feront jamais oublier tout ce qu'elle a de défectueux, de grave et d'antirationnel. La fixité qui lui appartient, qui rend inutile les réapplications toujours pénibles et permet le transport des blessés, peut s'obtenir tout aussi bien d'une autre façon, sans exclure ainsi la surveillance du membre et les modifications si urgentes qu'il convient d'apporter à la compression, etc. Son discrédit est tel aujourd'hui qu'il n'est pas un auteur qui, en proposant un nouveau moyen de traiter les fractures du fémur, ne disculpe tout d'abord sa méthode d'avoir le moindre rapport avec l'inamovibilité absolue; et malgré ce qu'il y a d'ingénieux dans les nouveaux moules en plâtre de M. Dieffenbach, de Berlin, qui laisse une rigole dans les points correspondants aux parties à surveiller ou à traiter; malgré les modifications que M. Laugier apporta à la méthode d'Assalini, qui employait le carton mouillé, je doute que l'inamovibilité absolue, surtout combinée à l'extension, et cette alliance n'est pas le moindre grief qu'on puisse lui reprocher, fasse jamais de nouveaux prosélytes.

Mais si l'extension de la jambe et de la cuisse, qui laisse aux muscles toute leur puissance d'action sur les os, est si

contraire à la thérapeutique des fractures du fémur, quelle situation conviendra-t-il de donner au membre? Les divers passages des anciens que j'ai rapportés précédemment nous l'apprennent assez : une situation qui procure le relâchement des muscles.

Mais leurs préceptes, qui pouvaient être si féconds en bons résultats, ne furent pas assez généralisés. On traita, il est vrai, quelques fractures et quelques luxations d'après ces règles, mais celles de la cuisse restèrent soumises aux errements de l'ancienne pratique; et aujourd'hui même, que tant de pages ont été écrites pour éclairer cette question et démontrer l'insuffisance et le danger de l'extension, aujourd'hui que l'anatomie en progrès fournit des arguments sans réplique en faveur du relâchement, combien de chirurgiens, fuyant l'évidence, continuent à se servir de cette méthode antirationnelle! Que de difficultés, que de douleurs, que d'insuccés viennent pourtant chaque jour déposer contre elle! Qu'on lise les ouvrages de chirurgie, qu'on interroge ceux des praticiens qui jugent sans partialité, et l'on sera bientôt convaincu de cette vérité, que l'extension, presque toujours au-dessous des obstacles qu'elle devrait surmonter, est le plus souvent intolérable, et que presque jamais elle ne guérit sans difformité. Qu'on lise encore ou qu'on interroge, et l'on ne tardera guère à rencontrer de ces aveux qui sont accablants pour l'extension, par cela même qu'ils viennent de ses partisans, et qu'ils doivent faire pressentir pour un terme rapproché le triomphe d'une autre méthode. (Propos. 8, 9, 10, 11, 13, 14 et 15; obs. 1, 2, 6.)

La situation la meilleure sera donc celle qui aura pour principe le relâchement de tous les muscles : c'est ce principe que P. Pott a soutenu, et que G. Sharp, un an avant Pott, avait préconisé pour les fractures de la jambe et de la cuisse. (Voir la traduction du *Traité des fractures* de Percival Pott, par Lassus, de l'Académie de chirurgie, et le mémoire de

G. Sharp, que le chirurgien français a placé à la fin de sa traduction (Paris, 1771).

C'est ce principe qui a prévalu depuis en Angleterre, et qui a fait naître les appareils de Ch. Bell, Earle, Laurer, Smith, Amesbury, A. Cooper, etc.; c'est encore pour l'adoption de ce principe que Lassus, Sabatier, Dupuytren et ses élèves ont écrit. Mais toujours la demi-flexion a semblé suffisante pour sa réalisation, et tous ces auteurs, dans la composition de leurs appareils, se sont contentés d'un double plan incliné, quelle que soit d'ailleurs la matière de le confectionner, ce qui n'importe pas, et quel que soit aussi le mode de contention employé..... Pour tous, c'est un double plan incliné, et pour tous aussi la position est identique, c'est-à-dire qu'elle est, dans tous les cas, constituée par la demi-flexion simple de la jambe sur la cuisse, et par la demi-flexion simple aussi de la cuisse sur le bassin; le membre inférieur représentant alors avec le tronc un zigzag dont l'ensemble est dirigé parallèlement à la ligne médiane du corps, ce zigzag se composant (fig. 1): 1° du pied figuré par la ligne P; 2° de la jambe J; 3° de le cuisse C; 4° du tronc T.

Le degré d'ouverture des angles déterminés par ces doubles plans inclinés a souvent différencié les procédés de cette méthode. Si l'angle formé par la jambe et la cuisse est, à part quelques exceptions, resté d'environ 70° pour tous les praticiens, celui qui résulte du rapprochement de la cuisse sur le bassin a varié depuis l'angle aigu jusqu'à l'angle obtus.

A. Cooper le voulait de 45° seulement, quand il avait affaire à une fracture située près des trochanters; il soulevait le tronc pour y arriver plus facilement.

Quelques-uns, et c'est peut-être le plus grand nombre, ont donné à la cuisse une inclinaison ascendante égale à l'inclinaison descendante de la jambe. Enfin, il en est d'autres qui

lui ont fait suivre une ligne presque horizontale, s'étant contentés de la flexion de la jambe.

La position du malade a aussi varié pour les partisans de cette méthode : tous n'ont pas admis le décubitus sur le dos. Sharp et Pott couchaient le malade en pronation du côté de la fracture : de là peut-être l'exclusion de cette méthode de traitement à l'égard des fractures du col de l'os. On conçoit, en effet, l'impossibilité d'application dans ce cas, le décubitus sur le côté malade devant faire porter tout le poids du corps sur le grand trochanter.

Ch. Bell, Earle et tous ceux qui suivirent, replacèrent le malade en supination, et depuis lors on n'avait pas modifié cette position, lorsque M. Blandin, qui emploie la demi-flexion, jugea plus convenable d'incliner le blessé vers le côté sain. L'appréciation de ces diverses positions se fera bientôt d'elle-même.

Quoi qu'il en soit, l'extension avait prévalu dans les écoles de France (propos. 15), et les travaux de Pott et de Lassus restaient oubliés ou méconnus, lorsque Dupuytren, de sa voix de maître, proclama l'excellence du principe préconisé par le chirurgien anglais, s'attacha à démontrer les imperfections et les dangers des méthodes rivales, et prouva que le relâchement des muscles devait toujours présider à la réduction et servir de base à la contention. Certes, il avait raison de louer bien haut Percival Pott, il avait raison de le féliciter d'avoir écrit son *Traité des fractures*, et de s'étonner que cet auteur n'ait pas fait l'application de la demi-flexion aux fractures du col; il avait raison de regarder cet oubli comme une particularité remarquable (propos. 16) et de tirer vanité de l'avoir réparé. Mais ne doit-on pas s'étonner maintenant de voir Dupuytren continner à se servir de l'appareil de Desault pour les fractures du corps de l'os? (*Leçons orales*, t. I, p. 328.) bizarrerie frappante, anomalie inexplicable, qui a trouvé des

continuateurs. Que penser des praticiens d'aujourd'hui, qui croient à l'efficacité du relâchement des muscles quand il s'agit d'une fracture du col, et qui n'y croient plus ou qui oublient le principe quand c'est le corps de l'os qui est brisé? Comme s'il était possible que le même principe pût être à la fois bon et mauvais dans deux cas identiques !

Que penser de cette inconséquence flagrante ? Qu'elle est due probablement, comme je l'ai dit plus haut, à ce que la méthode de la demi-flexion est inachevée, incomplète, insuffisante comme position, et trop souvent imparfaite dans ses moyens de contention. Il faut bien admettre ces raisons pour expliquer cette répugnance que témoigne contre elle la chirurgie française, car le principe est inattaquable.

Relâcher les muscles, n'est-ce pas anéantir la principale, je dirai la seule cause du chevauchement des fragments ? Cette idée est si naturelle, que si les arguments de Pott, que si la parole de Dupuytren ne forçaient à l'admettre, j'en appellerais au simple bon sens : il suffirait pour le défendre contre les paradoxes des plus habiles...

Ce principe une fois admis, comment trouver la position la plus convenable à son application? Rien n'est plus facile : pour cela, il n'y a (propos. 1) qu'à observer la nature abandonnée à elle-même, c'est-à-dire la nature qui n'est plus soumise à l'action de la volonté (propos. 2 et 4); consulter ensuite l'anatomie; et s'il y a un rapport parfait entre la science et l'observation, si elles se servent de preuve réciproque, il faudra bien en conclure que là est la vérité.

L'homme qui dort, l'homme qui se repose, l'homme enfin dont l'action de la volonté est actuellement suspendue, se présente naturellement dans l'une des trois positions suivantes : 1° couché sur l'un des côtés, c'est-à-dire en pronation; 2° couché sur le dos, c'est-à-dire en supination; 3° assis.

S'il est couché en pronation, le plus ordinairement les membres inférieurs seront dans une demi-flexion plus ou moins

complète ; jamais alors l'extension n'est rigoureuse, jamais surtout elle n'est permanente. On pourra bien l'observer sans doute à de rares intervalles, mais ce ne sera toujours que momentanément et comme pour remédier à l'engourdissement que donne la persistance de toute position : l'instinct ramènera bientôt la jambe et la cuisse dans la demi-flexion, c'est-à-dire dans le relâchement. Cette observation explique la méthode de Pott, si elle ne lui a pas donné naissance.

Si le sujet est couché sur le dos et que la tête et le tronc reposent sur un plan horizontal, alors encore les membres inférieurs s'infléchissent : la cuisse et la jambe forment les deux côtés d'un triangle en quelque sorte équilatéral, les pieds reposent sur le plan qui supporte le reste du corps, et se maintiennent d'ordinaire à une distance du siége équivalente à la longueur de la cuisse ; cet intervalle fait le troisième côté du triangle. C'est cette disposition particulière qu'affectent les ouvriers qui dorment sur le sol, et c'est à elle que se rapportent toutes les méthodes de traitement par les doubles plans inclinés. Mais pour l'observateur attentif, il y a quelque chose de plus que cette double inclinaison : les genoux se portent en dehors, et amènent en ce sens une demi-rotation des cuisses, et les pieds se rapprochent l'un de l'autre au lieu de suivre l'écartement primitif. Si l'on objecte que bien souvent l'homme placé dans ce décubitus est surpris dans l'extension, je répondrai, ainsi que je l'ai fait plus haut, que ce n'est toujours qu'accidentellement et pour prévenir l'engourdissement et la fatigue d'un repos absolu ; et j'ajouterai que, dans le cas indiqué, les membres ne s'étendent volontiers que lorsque la tête et le tronc, soulevés par des oreillers, ont quitté la ligne horizontale et donné lieu ainsi à un commencement de flexion du bassin sur les cuisses ; de sorte que l'objection viendrait confirmer la règle générale bien loin de lui être contraire.

Maintenant, si nous supposons l'homme assis, plongé dans

un demi-sommeil ou l'esprit absorbé, voici ce que nous observerons : La tête et les épaules renversées reposeront sur le dossier du siége, et le bassin, au contraire, se portera en avant, de telle sorte que l'ensemble du corps plus ou moins affaissé sur lui-même aura la forme d'une courbe dont la tangente serait obliquement dirigée de haut en bas et d'arrière en avant. Les cuisses, naturellement fléchies sur le bassin, ne le seront pourtant pas assez pour arriver à former un angle droit : dans l'état de relâchement que j'ai supposé, l'angle, instinctivement formé, a d'environ 115 à 130 centimètres. De plus, elles tournent sur leur axe de dedans en dehors, en s'écartant l'une de l'autre : il ne faut pas perdre de vue cette double disposition, que nous avons déjà mentionnée précédemment dans des conditions différentes. Enfin, les jambes sont elles-mêmes demi-fléchies ; mais ici encore se présentent à l'observateur plusieurs remarques importantes à noter :

1° La limite de cette demi-flexion. On doit sentir, en effet, qu'il n'est pas indifférent pour le repos et la commodité d'avoir les pieds ou trop ou trop peu rapprochés du siége, et l'on reconnaîtra sans peine qu'il peut en cela y avoir exagération comme insuffisance pour la production du relâchement général des muscles. Sans doute il est difficile, en pratique, de préciser rigoureusement et d'une manière absolue le degré de flexion qu'il faudra atteindre et aussi le degré auquel il faudra s'arrêter ; mais continuons à observer la nature, et tâchons d'obtenir d'elle la solution de ce problème.

Dans les conditions que nous venons de poser, si l'on prolonge jusqu'au sol, par une ligne idéale, la tangente indiquée, règle générale, elle ira tomber en arrière des talons, à une distance qui pourra varier de 15 à 30 centimètres, mais qui ne sera jamais moins grande.

Chez l'homme couché, cette tangente devant être représentée par la surface horizontale du lit, nous devons conclure

que le pied aura besoin d'être soulevé par des coussins d'une hauteur équivalente à la distance indiquée, c'est-à-dire de 15 à 30 centimètres et même plus, au lieu de le laisser reposer sur le lit, ainsi que la plupart des partisans de la demi-flexion l'ont fait jusqu'à présent.

Pour faire admettre ce soulèvement du pied, je pourrais d'ailleurs invoquer un autre motif qui ne laisse pas que d'avoir une certaine valeur pratique; je veux parler du bénéfice qui doit en résulter pour prévenir les engorgements des extrémités, conséquence souvent inévitable d'une position déclive, et qu'un appareil fémoral un peu serré doit encore augmenter, malgré la compression méthodique à laquelle on a recours préalablement.

2° Le rapprochement des pieds de la ligne médiane. Il va jusqu'à mettre les talons presque en contact, lorsque, au contraire, les orteils s'éloignent en se déjetant en dehors, ce qui, du reste, est la conséquence de la demi-rotation de la cuisse en dehors et de son abduction combinée à l'adduction de la jambe. Déjà, dans le décubitus sur le dos, ce rapprochement des pieds avait été observé; mais comme ils étaient posés à plat, l'inclinaison des orteils de dedans en dehors était moins prononcée, bien qu'elle existât réellement.

Ainsi, en résumé, voici, d'après l'observation, quels sont les divers éléments constitutifs de la position qui doit amener le relâchement de tous les muscles dans le traitement des fractures du fémur, considéré d'une manière générale :

1° Décubitus en supination qui permet seul d'obtenir :

2° La demi-flexion de la cuisse sur le bassin, } combinées :
3° — de la jambe sur la cuisse, }

4° à la demi-rotation de la cuisse en dehors,

5° à sa légère abduction,

6° à l'adduction du pied,

7° et enfin à l'inclinaison bornée des orteils en dehors.

Il nous reste maintenant à voir que l'anatomie est d'accord

avec l'observation : l'ouvrage de M. Cruveilhier, si généralement adopté, nous fournira la preuve que nous cherchons ; il nous dira l'action de chaque muscle s'insérant au fémur, et nous rendra facile de montrer qu'on obtient le relâchement de tous par la situation complexe que je recommande.

Muscles du bassin. — *Psoas-iliaque :* fléchisseur de la cuisse sur le bassin ; rotatenr en dehors.

Pour se convaincre de son entier relâchement, il suffit de jeter les yeux sur le tableau des éléments de la position (n°s 2 et 4).

Grand fessier : extenseur, — abducteur, — rotateur en dehors.

Cette action multiple doit être étudiée avec soin, car ici on pourrait croire qu'il y a contre-indication bien patente ; et cependant il n'en est rien. Ce muscle est extenseur ; mais l'est-il à un degré bien inquiétant pour la cause de la demi-flexion ? Évidemment non. Que dit M. Cruveilhier quand il parle de la direction de ses fibres ? Elles se portent toutes, dit cet auteur, parallèlement en dehors *et un peu en bas.* Leur action extensive ne peut donc être bien prononcée, et elle a donc peu d'importance dans la question présente. Cela est d'autant plus vrai, que, par l'abduction et la rotation en dehors (n°s 5 et 4), on annihilera ses principales actions, en relâchant véritablement ses fibres qui agissent surtout pour l'abduction et la rotation en dehors. Ainsi disparaît cette extension si bornée, que, lors même qu'elle persisterait, elle ne serait pas encore un obstacle à la réduction dans presque tous les cas, et ne pourrait iufirmer la règle générale.

Moyen fessier : extenseur, — abducteur, — rotateur en dedans par ses fibres antérieures, — rotateur en dehors par ses fibres postérieures, — fléchisseur par ses fibres antérieures.

Quelle complication ! Voyons cependant si, pour lui, il est possible d'accepter la position que j'ai ind iquée.

Il est extenseur, dit-on ; mais il faut qu'il le soit bien peu, pour que, de l'aveu de M. Cruveilhier lui-même, on puisse ; ainsi que l'a fait Winslow, lui contester cette action. Et d'ailleurs, n'est-il pas fléchisseur aussi par une portion de ses fibres, surtout, dit M. Cruveilhier, « quand la flexion est commencée ? » En définitive, il y aurait donc compensation sous ce rapport.

Il est abducteur ; donc il sera relâché par l'abduction (voir n° 5).

Il est rotateur en dedans ; mais il est aussi rotateur en dehors : d'où il y a équilibre d'action. Ici d'ailleurs, comme pour l'extension, il faut admettre son peu de force, puisque Winslow ne lui concède que l'abduction. M. Cruveilhier, à son sujet, nous dit encore que, dans la position assise, c'est-à-dire dans la demi-flexion, il perd ses propriétés d'extenseur pour ne conserver que celles de rotateur. Encore il ne faut pas perdre de vue que la rotation en dedans nous est seule contraire, et que précisément les fibres antérieures qui peuvent la déterminer se trouvent relâchées par le fait de la flexion ; car on a vu que ce professeur leur reconnaît aussi la propriété de fléchir.

Ce muscle, de même que le précédent et celui qui va suivre, n'a peut-être une influence que dans les cas exceptionnels de fracture du grand trochanter, du col du fémur ou de l'extrémité supérieure du corps de l'os ; mais toujours est-il que cette influence défavorable sera victorieusement combattue par la position que j'ai indiquée.

Petit fessier : abducteur plus directement que les précédents, — rotateur en dehors par sa moitié postérieure, — rotateur en dedans par sa moitié antérieure, — fléchisseur par sa moitié antérieure.

Il est aisé de voir qu'il ne doit, en aucune façon, nuire à la cause que je défends ; et ce que j'ai dit des autres fessiers lui est, à plus de titres encore, tout à fait applicable. Abduc-

teur et fléchisseur, il sera évidemment relâché par l'abduction et la flexion.

Les rotations en dehors et en dedans se balanceraient et préviendraient toute objection, si la seule qui soit contraire n'était pas précisément déterminée par la moitié antérieure déjà relâchée par la flexion.

Pyramidal.— Obturateur interne.— Jumeaux pelviens. — Carré de la cuisse. — Obturateur externe. — Dans l'extension : rotateurs en dehors de la cuisse. — Dans la flexion : abducteurs.

Ces divers muscles seront donc tous relâchés (n°s 2 et 5).

Muscles de la cuisse. — *Biceps fémoral :* fléchisseur de la jambe sur la cuisse, — extenseur de la cuisse sur le bassin, — rotateur de la jambe en dehors.

Sa principale action, celle de fléchisseur, ne doit pas nous arrêter : il est évident qu'elle commande la flexion de la jambe (n° 3) dans le traitement des fractures du fémur. Mais ce muscle, par sa longue portion, est aussi extenseur de la cuisse sur le bassin, et par cela l'on pourrait croire qu'il doit contre-indiquer absolument la méthode que je préconise, ce qui n'est pas : cette longue portion n'agit, pour l'extension de la cuisse, que lorsque la jambe est immobile, tandis que lorsqu'elle cède à sa traction, c'est la flexion de la jambe et non plus l'extension de la cuisse qui se produit. Mais autre chose encore : ce muscle, fixé supérieurement à l'ischion et à la ligne âpre du fémur, affecte une direction oblique de haut en bas et de dedans en dehors, pour aller se fixer à la tête du péroné et à la tubérosité externe du tibia ; par cette direction oblique, il devient rotateur de la jambe en dehors, troisième propriété qui est tout à notre avantage. On doit se rappeler, en effet, que j'ai établi en principe (n° 7) que les orteils seraient inclinés en dehors, ce qui amène en ce sens la demi-rotation de la jambe : ainsi se trouve rétabli cette neutralité d'action, peut-être un instant compromise par ce titre

d'extenseur, au moins dans les esprits trop prompts à décider. Il est dès lors évident que cette rotation de la jambe en dehors, combinée à sa demi-flexion, rend parfaitement insignifiante sa propriété d'extenseur de la cuisse.

Demi-tendineux : fléchisseur très-efficace, — légèrement rotateur en dedans.

Deux actions sont ici en présence : l'une, très-efficace, qui réclame la flexion (nos 2 et 3); l'autre légère, et par conséquent moins importante, mais qui est contraire à ce que j'ai recommandé (no 4). A laquelle des deux indications convient-il de céder, sinon à la première? n'est-ce pas ce que fait l'instinct chez l'homme en repos?

Dois-je ajouter que cette rotation en dedans s'annihilera d'autant mieux que ce muscle sera encore relâché par l'écartement des genoux (no 5), puisque sa direction est oblique de haut en bas et de dehors en dedans; ce qui doit lui donner, bien qu'à un degré bien limité, la propriété d'abduction que j'indique?

Demi-membraneux : Son action étant identique à celle du précédent, je n'ai rien à en dire : je regarde son relâchement comme assuré.

Muscle fascia lata : Insignifiant sous le point de vue de la thérapeutique des fractures, relâché par la flexion de la cuisse.

Couturier : fléchisseur de la jambe sur la cuisse, — fléchisseur de la cuisse sur le bassin.

Les deux propriétés de ce muscle nous sont un puissant argument, bien loin de nous être contraires. Il agit encore pour ramener la jambe vers la jambe opposée, pour produire cet entrecroisement habituel aux tailleurs; et, sous ce rapport, il lui sera encore donné satisfaction, puisque l'adduction de la jambe est une condition du programme de la situation (no 6).

Triceps fémoral, comprenant :

1° Le *droit antérieur* (Cruv.) : extenseur de la jambe sur la cuisse, — fléchisseur de la cuisse sur le bassin.

Si le droit antérieur de la cuisse, dont je crois convenable d'étudier les propriétés isolément, nous est défavorable par son action d'extenseur de la jambe, ne cesse-t-il pas de l'être par la flexion de la cuisse, d'autant que la jambe, fixée dans la demi-flexion, résiste à son action extensive pour lui laisser celle de fléchisseur de la cuisse ? Cela est de toute évidence. Et d'ailleurs, que feraient de plus les partisans de l'extension en faveur de ce muscle ? Ils étendraient la jambe, c'est vrai ; mais cette jambe ainsi étendue et rendue immobile, il faudrait fléchir la cuisse pour satisfaire réellement à la double exigence, et c'est ce qui ne se fait pas. D'où je conclus qu'il n'y a, pour les adversaires de la flexion, à propos de ce muscle, aucune objection valable à faire contre notre méthode.

2° Le *triceps fémoral proprement dit :* extenseur de la jambe sur la cuisse.

Extenseur, rien qu'extenseur ! Il y aurait de quoi m'arrêter, et me faire craindre pour le triomphe de la demi-flexion, si MM. J. Cloquet et A. Bérard ne venaient à propos me fournir un puissant argument qui devra détruire ces préventions, et prévenir les observations de la critique, en déclarant sa parfaite inocuité. Page 407 du tome IX du Dictionn. en 30 vol., on lit cette phrase : « Le muscle triceps, s'attachant sur toute la longueur de l'os, devient par là, dans les fractures, un des moyens principaux que la nature oppose au déplacement. » Ceci me dispense de m'en occuper davantage.

Droit interne : fléchisseur de la jambe qu'il porte un peu en dedans, — adducteur de la cuisse.

Voici encore un muscle qui doit donner une prééminence marquée à la méthode de traitement que je proclame seule rationnelle : il agit pour déterminer la flexion et l'adduction de la jambe, et cette double propriété est contrebalancée par les recommandations faites précédemment aux n°s 3 et 6.

Il n'est adducteur de la cuisse que lorsque le membre est fixé dans l'extension, et par conséquent nous n'avons pas à le redouter sous ce rapport. Voici ce qu'a écrit Bichat à son sujet : *L'action du droit interne se porte en premier lieu sur la jambe, qui est alors fléchie et portée un peu en dedans. Si elle est retenue dans l'extension par le crural, la totalité du membre se trouve dirigée du côté interne.*

Les quatre *adducteurs* (le *pectiné* y est compris par M. Cruveilhier) : adducteurs de la cuisse, — rotateurs en dehors, — fléchisseurs.

Si ces quatre muscles sont adducteurs, et par conséquent s'ils contre-indiquent l'abduction (n° 5), il ne faut pas perdre de vue qu'ils sont aussi fléchisseurs et rotateurs en dehors, et qu'en ce sens notre position est encore à préférer, puisque, en définitive, elle satisfait à deux conditions sur trois (n°s 2 et 4). Ceux qui veulent l'extension du membre auront-ils un moyen de se garer de cette puissance d'adduction ? Je ne le pense pas ; car le rapprochement absolu des cuisses n'atteindra ce but que très-imparfaitement : il faudrait, pour cela, aller jusqu'à l'entrecroisement, ce qui n'est pas applicable. Maintenant, que peuvent-ils ces partisans de l'extension pour anéantir les autres propriétés de ces muscles ? Évidemment rien. Leur puissance de contraction reste entière sous ce double rapport.

Pour ne rien omettre, j'examinerai l'action que peuvent avoir sur le fémur les muscles de la jambe, auxquels cet os fournit des points d'insertion.

Jumeaux : extenseurs du pied sur la jambe, — fléchisseurs de la jambe sur la cuisse.

Qu'est-il besoin d'en parler ? N'est-il pas évident qu'ils demandent, pour être relâchés, la position demi-fléchie ? Faut-il encore mentionner leur action sur le pied et les inductions qu'elle fait naître ? Tout le monde sentira quel avantage il doit y avoir à étendre modérément le pied sur la jambe,

quand la fracture occupera la partie inférieure du corps de l'os. Je ne suppose donc pas qu'il puisse y avoir à leur sujet la moindre objection à faire ; car la raison que le fragment inférieur ne laisse que peu de prise à l'action des moyens contentifs tombe à faux, et ne saurait être acceptée. Serait-il, en effet, bien raisonnable d'admettre que des fragments laissés à la merci de la rétraction musculaire seront plus aisés à réduire et à contenir que lorsqu'ils seront, par une position rationnelle, délivrés de l'action de ces organes de déplacement ?

Personne ne soutiendra cette thèse. Après cela, il resterait sans doute à envisager si, dans cette situation, la fracture siégeant près des condyles, il peut y avoir des moyens de contention suffisants. Je crois pouvoir l'affirmer, et j'espère que la suite ne laissera aucun doute à ce sujet.

Plantaire grêle : insignifiant. — *Poplité :* fléchisseur de la jambe sur la cuisse, — rotateur en dedans.

Ce muscle est peu important ; cependant, puisqu'il a des insertions au fémur, je tenais à le mentionner : il est clair que lui aussi est plus favorable à la demi-flexion qu'à l'extension. Son titre de fléchisseur le démontre assez ; et l'on doit convenir que, malgré son peu d'importance, il ne laisserait pas que de nuire singulièrement dans le traitement des fractures voisines des condyles, et aussi dans ces divisions verticales qui les séparent quelquefois l'un de l'autre, si l'on n'avait le soin de le relâcher par une bonne position.

Son action de rotateur en dedans ne peut être invoquée contre nous, malgré le conseil que j'ai donné de mettre dans la rotation en dehors ; car d'abord elle est insignifiante si on la compare à la force de tant d'autres muscles qui veulent cette rotation en dehors, et, de plus, elle est annihilée quand la flexion est opérée.

Ici finit l'étude des muscles qui ont un rapport d'action avec le fémur. J'ai mentionné avec soin leurs différentes façons d'a-

gir; j'ai essayé de montrer que tous ordonnaient la position que j'ai indiquée, et que les plus contraires cessaient de l'être réellement quand on les examinait avec détail. En effet, les uns, et ce sont les plus nombreux et les plus puissants, agissent complétement pour la flexion, l'abduction de la cuisse et sa rotation en dehors ; les autres, et ce sont les moins importants, ayant un mode d'action multiple, annihilent, par l'une de leurs propriétés, l'effet des contre-indications qu'ils semblaient apporter à notre système.

Ainsi l'opinion des chirurgiens les plus compétents, souvent aussi les aveux des partisans de l'extension, les difficultés incontestables de toute réduction dans cette position qui laisse les fragments exposés à l'action des muscles de la cuisse et de la jambe, les souffrances horribles que cette réduction cause au patient, souffrances qui se perpétuent à de longs intervalles, l'insuffisance des appareils de contention qui laissent presque toujours une notable difformité, et encore l'inutilité et le danger des machines mécaniques et de l'inamovibilité, la fatigue intolérable d'un repos absolu, la paralysie, l'ankylose et les autres accidents qui sont la conséquence d'un repos longtemps continué, tout enfin doit faire rejeter l'extension du membre de la thérapeutique des fractures de la cuisse, quel que soit le siége qu'elles affectent.

(La suite et les planches au numéro prochain.)

NOUVELLES RECHERCHES SUR LES BRUITS DES ARTÈRES, ET APPLICATION DE CES RECHERCHES A L'ÉTUDE DE PLUSIEUR MALADIES ;

Par le Dr J.-H.-S. Beau, *médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.*

(6e article.)

Hypochondrie.

L'hypochondrie, appelée encore *morbus flatuosus, morbus hypochondriacus, malum hypochondriacum*, etc., tire son nom de l'hypochondre, qui a été généralement regardé comme le siége ou le foyer de ses principaux symptômes.

Cette maladie est peu précisée, mal circonscrite, surtout quand on veut chercher à accorder les auteurs anciens avec les auteurs modernes.

Si nous faisons figurer l'hypochondrie dans cette revue, [illegible] que les bruits artériels se montrent au nombre de ses sy[illegible]ômes caractéristiques. Notre but est de rechercher le de[illegible] de lumière que ces signes physiques peuvent répandre [illegible] nature et la circonscription de l'hypochondrie; et pour[illegible]t les bruits des artères ne sont mentionnés dans aucune des monographies qui ont été publiées dernièrement sur cette maladie.

On sait que la découverte des bruits artériels dans l'hypochondrie est due à l'illustre inventeur de l'auscultation, et l'on sait aussi que Laennec n'a pour ainsi dire constaté leur présence que dans cette seule maladie; chose bien faite pour étonner, quand on considère que l'hypochondrie est une affection moins commune que plusieurs de celles qui ont été précédemment étudiées. Nous chercherons en son lieu à nous rendre compte de cette singularité.

Avant de présenter les inductions que nous fournira l'étude des bruits artériels dans l'hypochondrie, nous allons reproduire d'abord la description des symptômes de cette maladie, telle que nous la trouvons dans les anciens auteurs. Ce n'est qu'en dernier lieu que nous exposerons les caractères assignés à l'hypochondrie par les auteurs modernes, et il nous sera facile alors de montrer que l'hypochondrie des médecins de notre époque n'est plus la même affection que l'hypochondrie décrite par Sennert, Willis, Highmore, Ettmuller, Hoffmann, Stahl, etc. etc.

On n'attendra pas de nous que nous reproduisions une à une les descriptions de l'hypochondrie données par chacun des médecins que nous venons de nommer. En agissant ainsi, nous allongerions considérablement notre article sans compenser cet inconvénient par une utilité réelle, attendu que ces différentes descriptions se ressemblent toutes au fond. Il suffit donc de présenter les caractères les plus saillants de la symptomatologie que l'on trouve dans les ouvrages des auteurs précités, et notamment dans celui d'Highmore, qui, sous le rapport symptomatologique, est, comme ce médecin nous l'apprend, et comme il est facile de le voir, la reproduction fidèle de tout ce qui était écrit à ce sujet. (*Highmori exercitationes duæ : 1° de Passione hysterica, 2° de Affectione hypochondriaca;* Amstelodami, 1660, in-12.) Voici donc les symptômes principaux de l'hypochondrie tels qu'ils sont consignés dans la monographie d'Highmore, et tels qu'ils étaient reconnus par les principaux auteurs : *Quæ sic,* dit Highmore, *à scriptoribus ordinantur.* (P. 83.)

Ventriculus semper se male habet, et multa circa eum mala apparent symptomata, cibos ferre nequit, sed male coquendo, in materiam nunc aqueam, acidam, acerbam, mutat. Quæ in ventriculo relicta, nunc sursum repit, et os ac linguam saliva et humidate aquea copiose replet, ut continuo expuere cogantur ægri ; sæpe

etiam vomitu rejicitur pituita viscida et acida. Hæc sæpe in ventriculo humorum præcedit ebullitio, et inde flatuum copia excitatur, qui miro quodam boatu continuo eructantur; vicinas vero distendunt partes, scilicet hypochondria...

Dolores etiam ventriculi adsunt vehementes (qui nonnullis ad dorsum usque procedunt, ut ab incautis medicis sæpe pro nephriticis habeantur) qui interdum jejunos, et interdum etiam a cœna molestant.

Alvus semper adstricta est, et pigre sua deponit excrementa, unde flatus retenti abdomen et hypochondria tendunt; dolor, fluctuatio, rugitus et murmura in sinistro latere audiuntur.

Æstus in hypochondriis et quasi inflammatorius affectus, molesto ardore et fervore interno, in hypochondrio, nunc uno, præsertim sinistro, nunc utroque, ægros affligit. Qui se magis exserit cum ingestis aliquo modo agitantur humores; cum largiori potu aut multiplici ciborum varietate infarcitur ventriculus; tunc genæ præcipue accenduntur, et tota facies rubore affunditur et incalescit.

Urina nunc tenuis est, paroxismi instantis judicium, sine sedimento et inconcocta; plerumque turbida, crassa, rubra, acris, interdum fœtida...

Adest anxietas cui sæpe accedit lypothymia, cordis palpitatio, velox et inordinatus cordis et arteriarum motus; pulsus varii, duri, nunc tardiores, nunc concitatiores, frequenter intermittentes, excruciant ægros ut jam de salute plane desperare soleant. Pulsatio præterea in hypochondrio sinistro, præcipue post motum vehementiorem aut iram affligit.

Respiratio difficilis est, præcipue si insueto modo commoveantur. Dolor et constrictio in pectore sentitur qui suffocationem minatur; multumque sollicitos reddit ægros.

In capite doloribus ita vexantur ut cerebrum e cranio evelli conquerantur. Vertigine et mania inde sæpissime laborant. Si diuturni dolores sint cum vertigine associati in epilepsiam et convulsiones, vel cæcitatem interdumque in utrumque, non numquam in apoplexiam incidunt. Memoria aboletur, circa oculos caligo observatur; aliis aurium fit sonitus, loquela deficit, et lingua quasi rigere sentitur. In nonnullis metus, tristitia, falsa imaginatio excruciat ut se fascinatos aliisve afflictos morbis facile credunt. In membris lassitudines spontaneæ, quietem affectare, et ad motum tardiores efficiunt. Dolores insignes et vellicantes in extremis digitis tam manuum quam pedum ac formicationis sensus et stupor excitantur.

Vigiliæ molestæ et somnus perturbatus cum insomniis terrore plenis, præsertim post mediam noctem molestare solent... post pastum facies rubore conspersa, multum accenditur nunc universim, interdum circa genas et nasum solum coruscavit rubor.

Après l'énumération de ces différents symptômes, Highmore a bien soin de dire qu'on ne les observe pas tous invariablement chez tous les sujets : *Symptomata hæc omnia non in omnibus reperire licet; sed alia in aliis, nunc pauciora, nunc plura apparent.* Il ajoute que quelquefois la nature guérit cette maladie par un flux sanguin qui affecte les hémorrhoïdes; il fait remarquer que le sang évacué est *séreux*, et il revient ensuite, comme nous le verrons plus loin, sur le fait de cette altération du sang, à l'occasion de la théorie qu'il donne de l'hypochondrie.

J'ai vérifié l'exactitude des symptômes décrits par Highmore, chez plusieurs malades qui se sont offerts à mon observation, non-seulement en ville, mais encore dans les hôpitaux, où l'hypochondrie est bien plus commune qu'on ne le croit. Elle s'y rencontre en effet très-souvent; mais elle y figure

rarement sous son véritable nom : elle s'appelle *gastralgie, dyspepsie flatulente, anémie, hypertrophie du cœur, gastrite chronique, congestion cérébrale*, etc. etc., suivant la prédominance des symptômes, et suivant surtout la prédominance des tendances systématiques du chef de service.

Il faut donc regarder le tableau symptomatologique d'Highmore comme l'expression de la vérité, à condition toutefois qu'on y ajoute les bruits artériels.

J'ai constaté en effet la présence des bruits artériels chez tous les malades qui m'ont offert l'ensemble des symptomes exposés précédemment, et j'ai également et directement constaté la coïncidence de la plénitude du pouls et de l'augmentation du volume du cœur, chez tous les hypochondriaques qui présentaient les bruits artériels à un haut degré.

Tels sont les symptômes qu'il faut ajouter à ceux que l'on trouve dans le tableau d'Highmore en y joignant toutefois encore la pâleur légère de la face, le froid aux pieds, et la mollesse des chairs, qui sont relatés par d'autres pathologistes. Quant aux autres symptômes qui viennent se grouper avec les précédents pour constituer, si je puis m'exprimer ainsi, le cortége complet des bruits artériels, on les trouve dans la description du médecin anglais. Ce sont : l'anxiété, les palpitations, les mouvements désordonnés du cœur, les battements violents des troncs artériels, les lipothymies, la dyspnée, le sentiment de douleur et de constriction dans la poitrine ; les vertiges, les douleurs pulsatives dans la tête comme si le cerveau allait sortir du crâne, les éblouissements, les bruits dans les oreilles, et des congestions cérébrales qui vont jusqu'à la paralysie des mouvements de la langue, *loquela deficit*, et même jusqu'à l'apoplexie, *in apoplexiam incidunt.*

Highmore a soin de noter que plusieurs des symptômes précités augmentent d'intensité après le mouvement, après les repas ou l'ingestion de boissons copieuses. Or, j'ai observé moi-même des recrudescences momentanées dans ces différentes

circonstances, et j'ai bien remarqué que pendant tout le temps qu'elles duraient, il y avait une intensité plus grande dans les bruits artériels, et plus de développement dans le pouls. J'ai même vu un malade chez qui les battements artériels étaient alors si considérables, qu'ils présentaient en sus des bruits anormaux un bruit normal qu'on entendait à distance, comme ceux dont il a été déjà question à l'article *Chlorose.* A ce sujet, je ne puis m'empêcher de citer un fait analogue rapporté par Th. Bartholin : *Mulier juvencula hafniensis omnibus virtutibus instructissima, affinitatis vinculo mihi conjuncta, continuis subinde capitis doloribus divexata, pulsum arteriarum carotidum in capite adeo sensit aliquando vehementem, ut e longe dissito loco sonus, horologii instar audiretur... causa autem flatibus adscribenda, sanguinis copiæ, cum arteriarum duritie.* (*Historiarum anatom.*, cent. 1, hist. 18.) Ce qui tendait à faire rattacher ce bruit intense des carotides à l'hypochondrie, c'est que Bartholin en place la cause première dans une affection flatulente, *flatibus;* quant à sa cause immédiate, il la trouve dans une quantité surabondante de la masse sanguine, accompagnée d'ailleurs de dureté dans les pulsations artérielles.

La polyémie, que Thomas Bartholin regarde avec raison comme la cause matérielle du phénomène qu'il rapporte, doit être considérée comme un état pathologique qui se lie essentiellement à l'hypochondrie décrite par Highmore, Willis, Hoffmann, etc., et qui existe dans cette maladie comme dans les cachexies, la fièvre typhoïde, etc.

En effet, dans l'hypochondrie et selon l'exposé d'Highmore, le sang est séreux (1). Il a donc perdu une partie de ses glo-

---

(1) L'*hydrémie* est ici beaucoup moins considérable que dans les cachexies proprement dites ; l'hypochondrie, sous le rapport de la composition du sang, peut être considérée, si l'on veut, comme le premier degré de la cachexie. On peut dire encore que l'état du sang, dans l'hypochondrie, est comparable à celui de la grossesse,

bules, parce que la dyspepsie flatulente prive l'organisme d'une quantité suffisante d'aliments convenablement élaborés. Le sang est dès lors faiblement excitant; il cesse de tonifier les tissus et notamment les artères et le cœur, qui se relâchent et qui deviennent plus amples. Le cœur se dilate, puis s'hypertrophie plus ou moins, et dès lors une ondée surabondante pénètre du cœur dans le système artériel avec une force d'impulsion qui est la cause immédiate de plusieurs symptômes de cette maladie. Toutefois il ne faut pas considérer le défaut des globules comme l'unique cause qui détermine l'atonie des artères et du cœur; il s'y joint une faiblesse de réaction, une sorte de débilité nerveuse, qui sont propres à certains individus très-impressionnables, et qui n'attendent pour produire le susdit état de flaccidité que le moment où le sang cesse de posséder ses facultés excitantes dans toute leur intégrité. Ainsi, en supposant deux individus affectés au même degré et depuis la même époque, de dyspepsie flatulente, l'un, s'il est *nerveux*, présentera tous les caractères de l'ampliation atonique du cœur et des artères, tandis que chez l'autre, doué de plus de solidité dans l'innervation, on ne constatera que les seuls symptômes de la dyspepsie. Nous avons déjà parlé, à l'occasion des cachexies, de ces tendances individuelles à l'atonie; il faut y insister bien davantage quand il s'agit de l'affection hypochondriaque.

Au reste, sous le rapport de la nature et de la génération des symptômes, on peut, d'après l'exposé d'Highmore, établir pour l'hypochondrie les trois mêmes séries que pour la chlorose et les cachexies. C'est ainsi que nous avons : 1° une série initiale de symptômes gastro-intestinaux, les gaz, la douleur d'estomac, les vomissements, la constipation, etc. 2° Nous avons aussi une double série de symptômes dépendant de l'état du sang, qui est tout à la fois privé de ses globules et surabondant dans sa masse. A l'insuffisance des globules se rattachent la pâleur légère de la face, le froid aux

pieds, les lassitudes spontanées, la mollesse des chairs, etc.; tandis que la céphalalgie pulsative, la lourdeur de tête, la dyspepsie, etc., se rapportent à la polyémie. 3° Enfin, il y a une série de symptômes purement nerveux, tels que les névralgies du dos, qui, selon Highmore, sont prises souvent pour des accidents néphrétiques, *pro nephreticis habeantur*, les névralgies de la tête, celles des nerfs intercostaux, et celles des pieds et des mains, *dolores vellicantes in extremis digitis*. Il faut rapporter également à cette troisième série de symptômes nerveux ces terreurs exagérées qui tourmentent continuellement les malades, *excruciant ægros ut jam de salute plane desperare soleant*, et qui jouent un grand rôle dans l'hypochondrie.

Dans tout ce que je viens de dire au sujet du mode de production et de la succession des symptômes de l'hypochondrie, je me suis, sans le savoir, rapproché en grande partie de la théorie d'Highmore, que je vais exposer tout au long. C'est ainsi que cet auteur met la première cause du mal dans l'estomac, qui a subi un relâchement et un affaiblissement de ses fibres: *Ventriculum mali causam præcipuam esse diximus. In ventriculo autem fibrarum nimiam relaxationem et debilitatem præcipue peccare, malique causam proximam constituere existimamus.* (P. 104.) Il résulte de là que les aliments ne sont pas suffisamment élaborés: la partie ténue des aliments est entraînée dans les vaisseaux lactés, tandis que la partie épaisse et nutritive n'est pas dissoute. De là, un sang léger, flatulent et sujet à la fermentation: *Unde ingesti cibi nec comprehendi, nec debito calore foveri, comminui et in intestina propelli poterint: sed partes teniores et spirituosæ; a debili fibrarum compressione in intestina protrusæ a visceribus avidissime per vasa rapiuntur lactea: neglectis aut saltem non separatis crassis, mitioribus et fibrosis particulis, nondum a ventriculo concoctis et dissolutis. Atque inde sanguis tenuior flatulentus ac nimium spirituosus fermentationi perpetuæ obnoxius, ob*

fibrarum partiumque mitium inopiam, assimilationi ineptus generatur. La fermentation continuelle à laquelle le sang est rendu sujet par sa nature séreuse et spiritueuse a lieu, par suite de l'absorption des sucs extrêmement acides qui s'engendrent dans l'estomac des hypochondriaques. *Neque in ventriculo solum furentis hujus succi malitia reperitur, sed cum chylo distributus efficit ut ejus fermentatione tota fervesca sanguinis massa, in qua salium diversorum pugna, in toto venoso genere tumultuosam concitavit ebullitionem.* (P. 155.) Le sang soumis à cette fermentation, qui le raréfie et le dilate, ne peut pas pénétrer dans le cœur sans produire de l'anxiété, des palpitations, des mouvements désordonnés : *Anxietas et gravitas circa cor semper contristant ægros, dum scilicet sanguinis tenuioris fermentatione a succis acidis subitaque rarefactione, cordis sinus, flaccidique pulmonum lobi majori quam par erat copia infarciantur : adeo ut motu libero ac facili, cor suos thalamos ventilare nequeat.* (P. 160.) La même cause gêne la respiration et produit le sentiment de constriction du thorax : *Eodem modo distenta pulmonum vasa respirationem reddunt difficilem; præcipue si motu violentiori subito rarefit sanguis jam a tenuitate et perpetua fermentatione satis mobilis : hinc pectoris sentiunt constrictionem graviterque respirant.* Les accidents cérébraux, tels que les vertiges, la douleur, les paralysies partielles, l'apoplexie, dépendent aussi de la raréfaction et du mouvement du sang : *Hæc flatulenti et tenuioris sanguinis exagitatio rapidusque motus ac fervor capitis concitarunt dolores : maniæ sæpe, vertigines, epilepsiæ et apoplexiæ non numquam auctores.* Enfin l'augmentation de volume du sang est la cause des veilles et des douleurs de toute sorte, soit physiques soit morales, qui affligent les hypochondriaques.

Comme on le voit, il y a dans ces considérations pathogéniques d'Highmore des choses qu'il est difficile de ne pas ad-

mettre. On doit en effet lui accorder que l'origine de la maladie est dans l'estomac, qui, par suite d'affaiblissement, cesse d'élaborer convenablement les matières alimentaires. Il est également vrai que, de cette souffrance des fonctions digestives, il résulte un sang séreux et appauvri. Highmore a remarqué aussi avec raison que le sang, quoique *tenu, tenuior*, se présentait avec un volume plus considérable dans les vaisseaux, et que cette augmentation de la masse sanguine jouait un rôle dans la production des symptômes; mais on ne saurait lui accorder que ce surcroît de volume du liquide sanguin tienne à une raréfaction ou dilatation du sang, résultant d'une fermentation continue que produirait l'introduction incessante des acides de l'estomac dans le système circulatoire. Si le cœur et les vaisseaux se présentent alors avec un volume plus considérable, cela ne dépend pas d'une distension de leurs parois par le sang, mais bien d'une ampliation atonique des mêmes parois, ampliation qui préexiste au volume exagéré du sang, et qui en est la cause efficiente, bien que d'un autre côté elle soit consécutive à la diminution survenue dans la proportion des globules sanguins. On ne saurait non plus accorder à l'auteur anglais que l'état de congestion des vaisseaux soit la cause productrice de tous les symptômes et de toutes les douleurs des hypochondriaques. Autant ce mode de production est probable pour les battements artériels, les palpitations, l'anxiété, le sentiment de constriction du cœur et du thorax, la céphalalgie pulsative, les vertiges, etc., autant il est problématique et incertain pour expliquer les veilles nocturnes, les terreurs imaginaires, et les névralgies du dos et des extrémités, qui peuvent aussi bien tenir à une influence purement sympathique de l'affection du tube digestif qu'à la congestion des vaisseaux. C'est pour cela qu'il est plus sage de classer ces derniers symptômes sous le nom de *symptômes nerveux proprement dits*, et de les séparer ainsi de ceux qui dérivent de l'affection du système vasculaire sanguin.

Pour donner une idée plus complète de l'histoire de l'hypochondrie tracée par Highmore, je ne puis m'empêcher de relater les causes qui d'après lui produisent la maladie, c'est-à-dire celles qui agissent en produisant le relâchement et la débilité de l'estomac, cause prochaine de l'hypochondrie: *Causæ remotiores sunt quæcumque fibras ventriculi flaccidas et debiles reddere soleant.* (P. 106.) Il met en première ligne les erreurs de régime, l'usage des aliments venteux, l'abus des boissons surtout chaudes ou spiritueuses: *Ab erroribus in dieta petuntur (causæ) cum cibis flatulentis, vel cum cibis nimium liquidis fibræ continuo imbuantur... spiritus etiam ventriculum maxime debilitant... ut vini, cerevisiæ aut alterius cujus vis spiritus: hinc etiam potatores malo huic sunt obnoxii.* Il signale surtout les causes morales et toutes celles qui agissent sur l'innervation: *Deinde laxas reddunt fibras ventriculi quæcumque spiritus, vel dissipant animales, ut nimia venus, magna sanguinis effusio, ægritudines longiores, frequentior hypercatharsis, animi affectus præcipue ira, curæ, tristitia, exercitatio statim a pastu, vigiliæ et lucubrationes.* Il n'oublie pas les suppressions des hémorrhoïdes et du flux menstruel: *Evacuationes suppressæ hemorrhoidum, vel mensium malum hoc generare poterunt.* Enfin, il reconnaît une débilité native de l'estomac, qui prédispose à l'hypochondrie et qui dépend de l'hérédité: *Naturalis etiam fibrarum laxitas et debilitas in ventriculo, ad hunc effectum conducere potest. Hæreditario jure malum hoc communicari cernimus.*

On sait que la monographie d'Highmore fut l'objet d'une discussion assez vive entre cet auteur et Willis; or, il n'est pas sans profit, pour la plus complète intelligence de l'affection hypochondriaque, de nous arrêter quelque peu sur cette discussion, afin de connaître précisément les points en litige, et de discuter à notre tour les raisons apportées par chaque adversaire. A ce sujet, il faut rappeler que Highmore avait

fait précéder son travail sur l'hypochondrie d'un autre travail sur l'hystérie, et qu'il avait réuni ces deux monographies sous un même titre et dans un même volume : *Exercitationes duæ,* 1° *de passione hysterica,* 2° *de affectione hypochondriaca.* Cet exemple, du reste, fut imité par Sydenham, Stahl, Whytt, etc., et dernièrement par Louyer-Villermay et par M. Dubois (d'Amiens). Mais Highmore ne se contenta pas d'exposer ainsi réunies l'histoire de l'hystérie et celle de l'hypochondrie; il voulut, à tort, appliquer à chacune d'elles la même théorie. Cet auteur établit, en effet, que dans l'hystérie comme dans l'hypochondrie, il y a 1° une affection primitive de l'estomac; 2° un appauvrissement de la qualité du sang, consécutif à l'altération des fonctions digestives; 3° une distension des vaisseaux par le sang, qui est la cause déterminante de tous les symptômes nerveux appelés hystériques.

Comme on le voit facilement, cette théorie n'était pas applicable à l'hystérie. Aussi Willis (1) prouva-t-il jusqu'à l'évidence que les symptômes hystériques dépendaient uniquement d'une affection intime et spasmodique du système nerveux; que cette affection du système nerveux n'était pas l'effet d'une trop grande réplétion des vaisseaux, puisqu'on voyait bien souvent les phénomènes hystériques les plus marqués apparaître immédiatement après une saignée copieuse ou une hémorrhagie considérable. Willis présente ainsi plusieurs arguments qu'il serait trop long de rapporter, et qui démontrent positivement la fausseté de la théorie d'Highmore sur l'hystérie. Mais Willis se trompe quand, regardant avec Highmore et mal à propos l'hystérie et l'hypochondrie comme deux maladies d'une nature semblable, il s'imagine que les arguments qui ont sapé la théorie de l'hystérie ont par là même détruit la théorie identique d'Highmore sur l'hypochondrie. C'est ce qui nous

(1) *Affectionum quæ dicuntur hystericæ hypochondriacæ pathologia spasmodica vendicata,* etc.; Ludg. Batav., 1671.

explique pourquoi Willis, croyant avoir établi définitivement la nature purement spasmodique de l'hypochondrie par sa discussion antérieure sur la nature de l'hystérie, ne s'attache plus guère, dans les pages consacrées à l'examen critique de l'hypochondrie, qu'à combattre l'opinion d'Highmore sur le siége primitif de cette maladie. Willis s'escrime longuement à déposséder l'estomac du rôle important que Highmore lui avait fixé dans la production de l'hypochondrie; il veut absolument, et on ne sait trop pourquoi, que le point de départ de cette affection soit dans la rate, que les liquides acides vomis par les malades viennent de la rate, et que tous les autres symptômes, qu'il appelle *spasmodiques*, soient eux-mêmes consécutifs, par voie de sympathie, à l'affection primitive de la rate.

On voit donc par là que Willis, quoique grand partisan et pour ainsi dire créateur de l'état *nerveux* ou *spasmodique*, est loin de placer l'origine de l'hypochondrie dans le cerveau ou les nerfs, ainsi qu'on le dit. Il tient absolument à localiser le foyer du mal dans l'hypochondre gauche, dans la rate en un mot; et c'est surtout parce que l'estomac n'est pas placé entièrement dans l'hypochondre, que, dans sa discussion avec Highmore, Willis ne veut pas de cet organe comme foyer des symptômes hypochondriaques.

Du reste, tous les auteurs anciens sont à peu près unanimes pour fixer le siége de l'hypochondrie dans la zone des hypochondres et de l'épigastre. C'est ainsi qu'on a tour à tour fait dépendre cette maladie de l'estomac (Hippocrate, Dioclès, Highmore, de le Boë, Hoffmann, etc.), de la rate (Galien, Avicenne, Fernel, Sennert, Willis, etc.), du colon (Ettmuller), de la veine porte (Stahl, Juncker), etc. etc. Mais Highmore est le seul qui, regardant le sang comme altéré à la suite de la dyspepsie hypochondriaque, ait rapporté à une congestion sanguine les symptômes qui se montrent dans les principaux appareils. Il est vrai qu'en expliquant cette réplétion des vaisseaux par une fermentation du sang, Highmore partait d'une hypothèse

imaginaire; il est vrai aussi qu'en rapportant tous les symptômes nerveux de l'hypochondrie à la distension des vaisseaux, il exagérait l'influence symptomatogénique de cette distension. Mais à part ces imperfections, Highmore est le seul observateur qui ait bien vu que dans l'hypochondrie il y avait une exagération dans le volume du sang; et on doit lui concéder d'autant plus de mérite pour ce fait d'observation, qu'il ignorait ces signes physiques qui se lient ensemble pour mettre en évidence la plénitude des vaisseaux et la dilatation du cœur, je veux dire les bruits artériels et l'augmentation de matité de la région précordiale.

Puisque donc on trouve dans l'hypochondrie les mêmes éléments pathologiques que dans la cachexie, à savoir, un sang séreux et surabondant, une dilatation atonique du cœur, et tous les autres symptômes qui en dérivent, tels que l'anxiété, les palpitations, les pulsations artérielles exagérées, etc., il s'ensuit qu'il sera bien difficile de distinguer l'hypochondrie de la cachexie, ou pour mieux dire qu'il faudrait considérer l'hypochondrie comme une cachexie pure et simple. Cependant nous trouvons quelques traits distinctifs qui suffisent pour nous empêcher de confondre ensemble ces deux maladies. C'est ainsi que dans la cachexie le sang est très-séreux et que la proportion des globules est très-abaissée au-dessous de son chiffre normal : aussi les cachectiques sont-ils affectés d'une grande pâleur qui frappe l'observateur à plusieurs pas de distance; il n'est pas jusqu'à la muqueuse buccale qui ne soit aussi décolorée. Dans l'hypochondrie, le sang est beaucoup moins appauvri; la face est pâle il est vrai, mais cette pâleur n'a rien d'extraordinaire. Souvent l'hypochondriaque éprouve à la face, surtout après les repas, des rougeurs et des bouffées de chaleur qui ne se voient pas dans la cachexie bien caractérisée. Il y a dans l'hypochondrie une salivation qui est propre à cette affection. Enfin la cachexie dépend, comme nous l'avons vu, d'une perte de sang ou d'une dyspepsie quelle qu'elle soit; or,

d'après l'accord unanime des anciens auteurs, l'hypochondrie se lie uniquement à une dyspepsie flatulente.

L'analogie intime qu'il y a entre l'hypochondrie et la cachexie nous donnera facilement la solution des deux questions suivantes qui au premier abord se présentent comme de véritables problèmes.

1° Pourquoi dit-on que l'hypochondrie se rencontre particulièrement chez l'homme? C'est que chez la femme cette affection se cache sous des dénominations plus familières à la pathologie féminine. Comme les règles sont presque toujours diminuées ou supprimées à l'occasion des affections chroniques des femmes, on s'en prend alors à l'altération de la menstruation que l'on regarde comme la cause unique du mal; et l'on nomme *aménorrhée* ou *dysménorrhée* l'ensemble des symptômes hypochondriaques, par cela seul qu'ils s'accompagnent d'un dérangement des règles. L'hypochondrie des femmes est-elle marquée par une pâleur notable de la face qui n'existait pas dans le cas de la supposition précédente, on trouve alors bien plus naturel de l'appeler du nom si connu de *chlorose*. Il y a en effet, et comme nous le savons, une ressemblance profonde dans les symptômes et la pathogénie de ces deux maladies; car on trouve dans la chlorose jusqu'à ces terreurs exagérées et ce désespoir qui pour beaucoup d'auteurs caractérisent essentiellement l'hypochondrie. Du reste, ce fait d'observation n'est pas nouveau; il est consigné dans la première monographie vraiment importante qui ait été faite sur la chlorose, dans celle de Baillou : ... *Turbida insomnia, mentisque a vanis imaginibus perculsio, pavores, timores... ad melancholiam hypochondriacam videntur accedere; in utraque enim affectione, oppressio diaphragmatis, ructus acidi, spectra... desperatio ac rerum contemptio*, etc. etc. (*Ballonii opera*, t. IV, p. 68; Genevæ, 1762.)

2° Autre question. Pourquoi Laennec n'a-t-il guère signalé les bruits artériels que dans l'hy ochondrie, ou plutôt, pour

nous servir de son expression, chez *les jeunes hypochondriaques?* C'est que Laennec, partant de cette idée préconçue que ces bruits dépendaient d'un état nerveux ou spasmodique des artères, aura transformé en symptômes *nerveux* purs l'anxiété, les palpitations, les vertiges, etc., qui se lient à l'existence des bruits artériels. Il aura méconnu, dans sa préoccupation, les cachexies de différentes espèces, les chloroses, etc., qui lui présentaient les bruits, pour ne voir en elles qu'une maladie spasmodique, que l'hypochondrie en un mot, qui pour beaucoup de personnes est une névrose par excellence.

La conséquence naturelle de ce qui précède est la difficulté souvent inextricable qu'il y a de distinguer l'hypochondrie de la cachexie, surtout de la cachexie spontanée des femmes ou la chlorose. Cette difficulté est bien autrement grande que celle qne l'on a voulu voir dans la distinction à poser entre l'hypochondrie et l'hystérie, et qui a même tellement désespéré certains pathologistes (Highmore, Sydenham, etc.), qu'ils ont confondu ces deux dernières maladies dans la même histoire et dans la même théorie. Cependant, si je ne m'abuse, il me semble qu'il y a dans l'hystérie et l'hypochondrie des caractères différentiels qui ne permettent pas de les réunir ensemble. En effet, dans l'hystérie, on note des convulsions toniques, mais surtout cloniques, dans les muscles du tronc, des membres ou de la glotte; il n'y a rien de semblable dans l'hypochondrie. L'hystérie peut parfaitement bien exister avec la conservation des fonctions digestives, du teint et des forces; dans l'hypochondrie, il y a nécessairement dérangement de la digestion, changement de teint, et abattement des forces. L'hystérie est une maladie sans matière, une névrose en un mot; l'hypochondrie est une maladie avec matière, car elle est constituée par une altération du sang, une dilatation du cœur, etc. Ces deux maladies peuvent également dépendre d'une cause morale; mais dans l'hystérie les résultats symptomatologiques dépendant de l'action de cette cause sont portés immédiate-

ment à leur plus haut point; tandis que dans l'hypochondrie, ce n'est qu'après plusieurs jours ou plusieurs semaines qu'on voit les symptômes de l'hypochondrie se montrer dans toute leur intensité, c'est-à-dire lorsque la dyspepsie, résultat primitif de l'action de la cause, a eu le temps d'appauvrir la qualité du sang et de déterminer ensuite cette dilatation atonique du cœur qui joue un si grand rôle dans la symptomatogénie de l'hypochondrie. Les symptômes hystériques peuvent cesser tout à coup; il n'en est plus de même des symptômes hypochondriaques, qui ne se dissipent que lentement, au fur et à mesure que le sang revient à son état normal, et que le cœur et les artères retrouvent leur tonicité primitive.

Dans le parallèle précédent, j'ai supposé l'hystérie douée de ses caractères les plus positifs, c'est-à-dire lorsqu'elle se traduit par des convulsions des muscles volontaires; mais l'hystérie n'est pas toujours aussi tranchée dans sa forme : elle consiste souvent en douleurs et en malaises, tels que des palpitations, des vertiges, de la dyspnée, etc., et autres symptômes que l'on est convenu de réunir sous le terme d'*hystéricisme*. Ces différents symptômes, que nous savons, d'un autre côté, exister aussi dans l'hypochondrie, résultent, quand ils se montrent chez les hystériques, d'une altération de l'innervation qui est essentielle et indépendante de toute lésion matérielle; tandis que les symptômes semblables, dans l'hypochondrie, bien que partant également des nerfs, sont déterminés néanmoins par la surabondance de l'ondée sanguine. Dans le cas d'hystérie, les symptômes précédents sont augmentés bien souvent et immédiatement par une saignée, et diminuent par l'exercice et le mouvement; mais dans l'hypochondrie, ces mêmes symptômes augmentent nécessairement par le mouvement, et diminuent, au contraire, à l'instant même où l'on pratique une émission sanguine.

Mais, dira-t-on, on voit souvent des hystériques dont les digestions sont dérangées, qui ont le teint pâle, altéré, qui

sont tourmentés par des gaz intestinaux, et qui ont de plus les palpitations, l'anxiété et les autres symptômes de l'hypochondrie, symptômes qui les empêchent de marcher et qui leur font prendre l'exercice en horreur. Cela s'observe en effet souvent; mais je ferai remarquer que les mêmes hystériques ont en même temps des bruits dans les artères, et une augmentation de matité à la région précordiale. L'hystéricisme, par conséquent, chez ces personnes, se complique, à coup sûr, de chlorose ou d'hypochondrie; et, pour le dire en passant, cette complication est une chose assez commune dans la pratique.

L'hypochondrie peut durer longtemps; sa guérison s'annonce par le rétablissement des fonctions digestives. Cette affection se transforme souvent en d'autres maladies. C'est ainsi que le sang peut devenir de plus en plus séreux, les tissus s'étioler, et les forces s'affaiblir, de manière à constituer une cachexie renforcée; d'autres fois le sang des hypochondriaques subit de nouvelles altérations : à l'insuffisance des globules il se joint une diminution de la fibrine, et alors l'on voit se développer une affection scorbutique. Cette dernière mutation a été notée depuis longtemps; presque tous les anciens auteurs regardaient le scorbut comme le degré le plus élevé de l'hypochondrie : *de Malo hypochondriaco et de ejus summo gradu scorbuto*, tel est le titre ordinaire des différents articles où il est question de ces deux maladies, dans les ouvrages du XVIIe siècle; et pour le dire en passant, nous devons comprendre parfaitement l'affinité et la fusion de ces deux maladies, puisqu'elles se lient l'une à l'autre par l'existence des bruits artériels et par les nombreux symptômes qui accompagnent les bruits. Quelquefois, au lieu du scorbut, c'est une hydropisie générale qui est la transformation ultime de l'hypochondrie; dans quelques circonstances, la dilatation et l'hypertrophie du cœur, propres à l'hypochondrie, subiront une exagération singulière de manière à constituer ce qu'on appelle *une maladie du cœur;* enfin, sou-

vent l'hypochondrie, chez des individus prédisposés, favorise l'envahissement de l'économie par les diathèses tuberculeuse ou cancéreuse.

Comme je l'ai dit au commencement de cet article, l'hypochondrie des médecins modernes n'est pas la même maladie que celle dont nous venons d'exposer les symptômes. Nous allons voir en quoi consiste le caractère fondamental de l'hypochondrie des modernes.

Dans la description d'Highmore, nous avons vu que parmi les symptômes de l'hypochondrie, il en est un que cet auteur reproduit plusieurs fois : c'est l'appréhension extrême, l'espèce de terreur qui tourmente l'hypochondriaque au sujet de sa maladie et des suites qu'elle peut avoir. Ces terreurs sont excitées tantôt par l'état du pouls, *excruciant ægros, ut jam de salute plane desperare soleant*, tantôt par la difficulté de la respiration, *multumque sollicitos reddit ægros;* enfin, chez quelques-uns, l'imagination est tellement frappée, qu'ils se croient atteints d'autres maladies, ou même victimes d'une fascination : *In nonnullis metus, tristitia, falsa imaginatio excruciat, ut se fascinatos, aliisve afflictos morbis facile credunt.*

Ce travers morbide de l'intelligence, qui figure, comme on le voit, au nombre des symptômes de l'hypochondrie, a paru être tellement essentiel dans cette maladie, à plusieurs des nosographes de la fin du XVIII[e] siècle, Sagar, Sauvages, Cullen, etc. (1), qu'ils le firent figurer dans la définition de l'hypochondrie. En effet, l'un deux, Sauvages, définit ainsi cette maladie : *morbus diuturnus quo affectus se in mortis periculo versari ex ructu, palpitatione aliisve levidensibus malis, imaginatur*. C'est encore pour cela que ces nosographes classèrent l'hypochondrie dans les hallucinations (Sauvages, Sagar) ou les maladies imaginaires (Linné).

---

(1) *Apparatus ad nosologiam ;* Amstelodami, 1775.

A dater de cette époque, l'hypochondrie fut pour ainsi dire entièrement absorbée ou effacée par un de ses symptômes habituels, par cette altération particulière de l'intelligence qui consiste à exagérer la gravité d'une maladie, ou même à considérer comme réelle une maladie imaginaire.

Les auteurs de ce siècle ont marché sur la trace des précédents nosographes et surtout de Cullen, qui a le plus insisté sur l'importance caractéristique du désordre intellectuel que l'on observe dans l'hypochondrie. C'est par là qu'il faut comprendre pourquoi Frank, Georget, MM. Falret, Brachet, Dubois (d'Amiens), Michéa, les auteurs du *Compendium de médecine*, etc., ont tous, à l'exception de Louyer-Villermay, placé l'origine et le point de départ de l'hypochondrie dans le cerveau ou les nerfs. Quand on lit ces auteurs, on voit que c'est le symptôme *nosomanie* qui, sous l'ancien nom d'*hypochondrie*, domine toute la maladie, et que les différents symptômes hypochondriaques décrits depuis longtemps, tels que le sentiment de poids au cœur, les gaz intestinaux, la dyspnée, les battements artériels, les lipothymies, l'altération de l'appétit, etc. etc., ne sont considérés que comme des effets sympathiques et plus ou moins immédiats de l'affection du cerveau qui entraîne le désordre spécial de l'intelligence.

Il y a même plus, c'est que les symptômes fournis par l'abdomen, le thorax, etc., tels que les éructations, les palpitations, etc., qui ont toujours servi à constituer l'hypochondrie des anciens auteurs, et qui figurent même dans la définition précédemment citée des nosographes, qui ont les premiers mis en relief essentiel l'*horreur ou la crainte exagérée de la maladie;* ces symptômes, dis-je, ne sont plus nécessaires pour caractériser l'hypochondrie des modernes. Il suffit maintenant de se croire affecté d'une maladie grave que l'on n'a pas, ou d'avoir extrêmement peur d'une maladie légère que l'on a, pour être considéré comme hypochondriaque.

Et ce qui prouve que je n'exagère rien en donnant cette

signification à l'idée qu'entraîne actuellement avec lui le terme d'*hypochondrie*, c'est qu'on la trouve clairement exprimée dans les définitions de nos auteurs contemporains et notamment dans le *Compendium de médecine*, ouvrage qui représente conciencieusement les opinions médicales de notre époque. Il est dit, en effet, dans le *Compendium de médecine*, à l'article *Hypochondrie*, que *c'est une aberration des facultés intellectuelles, une névrose cérébrale qui porte l'individu qui en est atteint à s'occuper sans cesse des sensations réelles ou imaginaires qu'il croit ressentir dans différentes parties de son corps, et à les considérer comme autant de maladies graves dont la médecine ne pourra jamais le guérir;* ou en d'autres termes, *c'est une méditation maladive de l'homme sur sa propre santé.*

M. Dubois (d'Amiens), dans un ouvrage qui renferme des considérations d'un ordre élevé (1), a contribué beaucoup à faire accepter l'*hypochondrie* comme une forme de l'aliénation mentale, comme une simple vésanie. C'est ainsi que M. Dubois a rangé toutes les espèces d'hypochondrie en plusieurs variétés, suivant l'objet particulier des méditations maladives de l'individu affecté, et il exprime ces variétés sous les dénominations de *monomanie* hypochondriaque, *monomanie* pneumocardiaque, encéphalique, nostalgique, etc.

L'affection ainsi divisée par M. Dubois, et définie par les auteurs du *Compendium de médecine* et par d'autres médecins, comme une forme d'aliénation mentale, existe réellement en clinique ; il est impossible dès lors de ne pas la compter au nombre des maladies qui affligent l'espèce humaine. Mais cette affection, que nous appellerons désormais *nosomanie*, doit être distinguée soigneusement de l'*hypochondrie* de Willis, d'Hoffmann, d'Highmore, etc., bien qu'habituellement

(1) *Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie*; Paris, 1833.

elle se trouve liée à l'existence de cette dernière maladie.

Il nous semble, en un mot, qu'on doit comprendre les rapports de l'*hypochondrie* et de la *nosomanie* de la même manière à peu près que l'on comprend ceux de la *rage* et de l'*hydrophobie*. En effet, on sait que la rage a l'hydrophobie pour symptôme, mais l'on sait aussi que l'hydrophobie peut exister sans être liée à la rage, et que même la rage ne s'accompagne pas nécessairement et toujours d'hydrophobie. Eh bien, on peut en dire autant de l'*hypochondrie* et de la *nosomanie*.

Effectivement, l'individu affecté d'*hypochondrie* est le plus souvent nosomane, et cela se conçoit. Car, comme les symptômes de l'hypochondrie, tels que nous les avons exposés, frappent, pour ainsi dire, tous les appareils, et d'une manière grave en apparence; comme, d'un autre côté, la maladie peut se prolonger longtemps, il est facile de comprendre que l'hypochondriaque éprouve des terreurs extraordinaires et du désespoir au sujet de tout ce qu'il ressent. Mais d'autres fois la *nosomanie*, bien que parfaitement caractérisée, n'est plus liée à l'*hypochondrie*; elle existe comme affection idiopathique, ou se présente comme le symptôme d'une maladie autre que l'hypochondrie. D'autres fois, enfin, les différents symptômes qui constituent l'*hypochondrie*, tels que la dyspepsie flatulente, les battements et bruits artériels, les palpitations, la dyspnée, la céphalalgie pulsative, les éblouissements, les vertiges, les sifflements d'oreille, etc. etc., tous ces symptômes, dis-je, existent sans être accompagnés du symptôme *nosomanie* (1).

(1) Cela s'observe surtout quand on a pu réussir à faire comprendre à l'hypochondriaque le mode de production des symptômes prétendus si graves qu'il éprouve. Il y a quelques années qu'un de mes amis, médecin en province, fut affecté, à la suite d'un violent chagrin, d'une hypochondrie des mieux caractéri-

Les anciens médecins avaient fait entre la *mélancolie* et l'*hypochondrie* la même distinction que celle que je viens d'établir entre cette dernière maladie et la *nosomanie*. C'est ainsi qu'ils distinguaient la *mélancolie hypochondriaque* de l'*hypochondrie* proprement dite : *Melancholia hypochondriaca appellatur,* dit Sennert, *quod ex hypochondriis ortum habeat.* Cet auteur ajoute que l'hypochondrie est une maladie plus étendue ou plus générale que la mélancolie hypochondriaque : *Notandum tamen affectionem aut passionem hypochondriacam latius patere, quam melan-*

---

sées, c'est-à-dire de dyspepsie flatulente, de palpitations, de pulsations violentes et de bruits dans les artères, de céphalalgie, de vertiges, de souffle dans les oreilles, etc. Son mal était surtout aggravé par le tourment que lui causait l'idée d'être atteint d'une *maladie du cœur.* Il consulta plusieurs médecins, et guérit enfin au bout de dix-huit mois consacrés presque entièrement à voyager. Il était entièrement remis quand je le vis à Paris : c'est alors que je lui exposai la théorie de l'hypochondrie telle qu'elle a été donnée plus haut. Un an après, il éprouva un second chagrin, qui, comme le premier, porta d'abord son influence sur l'estomac. Il éprouva de nouveau une diminution de l'appétit, des pesanteurs après les repas, des éructations, des borborygmes ; et puis, au bout de quelques jours, apparurent les autres symptômes ordinaires de l'hypochondrie, tels que les palpitations, la dyspnée, la céphalalgie, les vertiges, etc.; et surtout des pulsations artérielles si violentes, qu'il les ressentait d'une manière incommode sur les principaux troncs artériels quand il marchait. Mais quelque intenses que fussent les symptômes de cette seconde attaque d'hypochondrie, il n'éprouva plus de *terreurs,* comme la première fois. Il comprenait que l'affection du cœur et des artères, qui jouait un si grand rôle dans sa maladie, dépendait d'une dilatation atonique déterminée par l'appauvrissement des qualités du sang, appauvrissement résultant lui-même de sa dyspepsie flatulente. Il attendit patiemment que son appétit et que ses fonctions digestives fussent revenus dans leur intégrité; ce qui eut lieu au bout de six semaines, après l'emploi d'un régime convenable. Tous les autres symptômes hypochondriaques se dissipèrent dans un court délai.

choliam hypochondriacam. La mélancholie dit encore Sennert, peut se rencontrer ailleurs que dans l'affection hypochondriaque : *Neque semper cum affectu hypochondriaco melancholia conjungitur.* (*Opera,* tome III, p. 101; Lugduni, 1676.) En effet, il reconnait et décrit au long une mélancolie idiopathique ou primitive, *quæ fit cerebro primario affecto* (p. 39), puis des mélancolies symptomatiques d'affections autres que l'hypochondrie. Ces considérations sur les différentes espèces de mélancolie sont précédées par un article sur la mélancolie en général, ou sur le délire mélancolique, qu'il définit *delirium sine febre, cum timore et mæstitia.* Tout ce qui a trait à la mélancolie en général et à ses espèces est exposé par Sennert dans la partie consacrée aux maladies de la tête, tandis que l'histoire de l'hypochondrie se trouve placée dans le livre où il traite des maladies du ventre.

On peut très-justement reconnaître à la *nosomanie* les mêmes distinctions que celles qui ont été établies par Sennert et par les anciens auteurs, dans l'histoire de la mélancolie. Nous donnerons d'abord une définition de la nosomanie, qui est à peu près semblable à celle que les auteurs modernes donnent de l'hypochondrie; nous dirons que *la nosomanie est une forme d'aliénation mentale par suite de laquelle l'individu qui en est affecté s'occupe minutieusement et continuellement de sa santé; se croit atteint d'une maladie dont il n'a pas le moindre signe réel, ou bien regarde les symptômes même légers qu'il éprouve comme des indices d'un mal incurable.*

Quand cette vésanie est portée à un haut degré, l'individu qui en est affecté peut éprouver les hallucinations et les illusions les plus bizarres; il peut dire des paroles extravagantes et commettre les actes les plus excentriques. C'est alors la *nosomanie* proprement dite.

D'autres fois la vésanie est moins marquée; elle ne donne pas

lieu à des excentricités ou à des extravagances. L'individu, dans sa frayeur d'être atteint d'une grave maladie, se contente de consulter plusieurs médecins, de lire avec avidité tous les ouvrages de médecine qui lui tombent sous la main, ou de parler à tout le monde des craintes que lui inspire sa santé. On peut donner à cette forme légère le nom de *nosophobie*, tout en comprenant les deux formes sous le nom générique de *nosomanie*.

La nosomanie est, on le voit, une espèce de monomanie qui diffère nettement de la mélancolie, de la monomanie suicide, de la panophobie, etc.; mais elle peut se rencontrer avec une ou plusieurs de ces différentes formes d'aliénation de l'esprit.

On doit admettre une *nosomanie primitive* ou *idiopathique*. L'individu qui en est affecté éprouve des terreurs au sujet de sa santé, à l'occasion de la circonstance la plus légère et sans être, pour ainsi dire, malade; ses craintes sont presque continuelles, seulement elles changent d'objet. Ainsi il craindra d'être enragé, pour avoir seulement touché un chien inconnu; quelque temps après, il croira ressentir tous les symptômes d'une maladie dont il aura lu la description dans un livre de médecine; plus tard, enfin, il transformera le rhume le plus insignifiant en maladie de poitrine; d'autres fois, se figurant que sa santé est chancelante parce qu'il ne transpire pas assez, il emploiera les moyens les plus puissants pour provoquer des sueurs abondantes qui pourront l'affaiblir considérablement, etc. etc.

Dans la nosomanie idiopathique, le teint peut être frais, l'appétit très-bon, et l'état des forces tout à fait normal, et bien entendu, on ne trouve pas alors du bruit dans les artères.

Mais quelquefois cette névrose cérébrale détermine, au bout d'un certain temps, des palpitations nerveuses, ou altère l'appétit; il peut encore en résulter une dyspepsie flatulente pure et simple, et même cette dyspepsie peut se transformer en franche hypochondrie. On sera sûr que ce dernier résultat

existe quand les bruits artériels viendront s'ajouter à la dyspepsie flatulente, parce que les bruits entraînent nécessairement avec eux les palpitations, le sentiment de poids au cœur, l'augmentation de volume de cet organe, la dyspnée, la céphalalgie, les vertiges, etc., et les bruits indiquent surtout que ces différents symptômes augmentent par le mouvement, circonstance caractéristique de l'hypochondrie.

La nosomanie aura produit, dans ce cas, l'hypochondrie, en agissant comme la colère, le chagrin et les différentes causes morales, qui portent bien souvent leur principale action sur l'estomac et les fonctions digestives; et il est superflu d'ajouter que cette nosomanie, qui est ainsi cause première de l'hypochondrie, sera bientôt augmentée de celle qui est l'effet ou le symptôme habituel de l'affection hypochondriaque.

La *nosomanie symptomatique* est plus commune que l'idiopathique. Elle est déterminée par des symptômes le plus ordinairement nombreux et fatigants, mais qui pourtant ne sont pas liés à l'existence d'une maladie grave ou incurable. La nosomanie symptomatique s'observe principalement, mais non exclusivement, dans l'hypochondrie; car elle peut exister aussi dans le scorbut, dans la cachexie, etc.; elle peut s'y rencontrer seule ou avec la *mélancolie*, c'est-à-dire avec cet état de tristesse et de défiance qui porte à fuir le commerce des hommes.

Si nous avons insisté autant sur les caractères de la *nosomanie*, c'est surtout dans le but de mieux faire comprendre ceux de l'*hypochondrie*. Voici comment on pourrait définir cette dernière maladie : *une dyspepsie flatulente qui se lie nécessairement à l'existence des bruits artériels, et qui s'accompagne assez ordinairement de nosomanie* (1).

(*La fin au numéro prochain.*)

---

(1) MM. Trousseau et Pidoux (*Tr. de thér.*, t. I, p. 83; 1841) ont les premiers signalé la confusion qui existe dans les auteurs modernes

DE L'EMPLOI DU COLLYRE DE TÉRÉBENTHINE DANS LE TRAITEMENT DE DIVERSES MALADIES DES YEUX;

Par le Dr **S. Laugier**, *chirurgien de l'hôpital Beaujon, etc.*

Tout le monde sait que l'huile de térébenthine a été préconisée dans l'iritis, et particulièrement dans l'iritis syphilitique, par M. Carmichael : ses propriétés médicales, dans ce cas, ont été rapportées à une action semblable à celle qu'on lui attribue dans la péritonite, c'est-à-dire à la faculté qu'elle aurait de déterminer l'absorption des fausses membranes dans les séreuses. On l'administre dans ce but à l'intérieur; mais c'est son usage externe, et sous forme de collyre, que je désire faire connaître aujourd'hui. Et d'abord, je dirai comment j'ai été conduit à faire les essais dont je vais rendre compte. M. Serres, d'Alais, dont on connait les travaux recommandables sur divers points de la chirurgie, me parla, dans le courant de décembre 1845, de l'heureux effet de l'essence de genévrier dans les kératites chroniques, avec développement anormal des vaisseaux de la conjonctive et de la cornée. Il résulte de ses expériences qu'employée en collyre, l'essence de genièvre peut être d'un grand secours dans les cas indiqués. Je lui répondis aussitôt que, s'il en était ainsi, on pourrait peut-être se servir avec avantage de la térébenthine de Venise pour des cas analogues. Je me rappelais son usage dans les affections catarrhales, et son emploi

---

au sujet de l'hypochondrie et de la monomanie des maladies. J'ai marché sans le savoir sur leur trace ; mais, de plus, j'ai cherché à préciser autant que possible les caractères distinctifs et les rapports de l'hypochondrie et de la nosomanie, en partant, comme je l'ai annoncé d'abord, de l'étude analytique des bruits artériels.

à l'intérieur contre quelques maladies des yeux. J'avais dans mon service plusieurs maladies de cet organe, qui me paraissaient favorables à des tentatives de ce genre : conjonctivite dite catarrhale, aiguë et chronique, kératite, tylosis, dacriocystite, etc. etc.

Je fis dissoudre la térébenthine molle de Venise fluidifiée à chaud dans l'essence de térébenthine (j'en donnerai plus bas la formule), et, dès le lendemain, je commençai mes essais. Ils avaient cela d'intéressant de prime abord que tous les malades qui y furent soumis étaient en traitement par le collyre au nitrate d'argent, et que je pouvais d'emblée apprécier comparativement l'action de la térébenthine. Dès les premiers jours, cette action fut bienfaisante et sembla *préférable* à celle du nitrate d'argent, employée à la dose de 15 centigrammes par 30 grammes d'eau distillée. J'ai continué mes essais sur des malades arrivés à l'hôpital avec des maladies aiguës de la conjonctive et de la cornée, et n'ayant encore été soumis à aucun autre traitement. Le nombre de ces malades est déjà aujourd'hui assez grand, et mes essais de la térébenthine assez multipliés, pour que je puisse certifier le bon effet et l'entière innocuité de ce moyen dans les cas où je l'ai mis en usage. Cette innocuité m'a permis de l'essayer dans d'autres cas peu analogues aux premiers.

J'ai reçu à l'hôpital un malade ayant perdu l'œil droit depuis l'âge de neuf mois, et affecté depuis son enfance de kératite et de taies d'un blanc mat au devant de la pupille. Il y a quinze jours que ce malade est en traitement, et il trouve une amélioration notable dans la vision en même temps que les taies semblent diminuer d'opacité. Je suis loin de croire que la térébenthine en collyre puisse réussir ainsi dans tous les cas; mais il suffit qu'elle soit utile dans quelques-uns pour qu'il soit convenable de la signaler aux praticiens comme une application utile. Je puis dire, avec une entière certitude, qu'il n'y a pas un seul malade qui ne se

soit loué de son emploi ; quelques-uns même m'ont pressé d'y revenir, lorsque, pour mieux juger de son efficacité, j'en interrompis l'usage pendant un ou deux jours. J'accorde toutefois que ce moyen est encore en pleine expérience ; mais j'ai cru hâter la solution de la question de son utilité absolue et relative en publiant, sinon les résultats complets, au moins l'annonce de mes premiers essais.

Voici la formule du collyre de térébenthine :

Térébenthine de Venise. . 20 grammes.
Essence de térébenthine. . 10 —

Mettez la térébenthine dans un mortier de marbre ; faites chauffer lentement; et lorsque la térébenthine sera devenue fluide, ajoutez l'essence par petites portions.

Instillez matin et soir entre les paupières trois ou quatre gouttes de ce collyre.

Je n'ai pas caché que le point de départ de mes expériences sur la térébenthine est la communication de M. Serres, d'Alais, touchant le bon effet de l'essence de genièvre. En admettant l'utilité de celle-ci, il est tout à fait concevable que la térébenthine, et l'essence de térébenthine particulièrement, puissent agir dans le même sens. En effet, la composition chimique de l'essence de térébenthine est la même que celle de l'essence de genièvre, et, suivant M. Dumas, ces deux essences sont *isomériques*.

J'ai mélangé l'essence de térébenthine à la térébenthine de Venise, et il serait facile de l'unir aux corps gras et de s'en servir en pommades. J'ai dû aussi l'essayer pure ; car il fallait vérifier si alors son action ne serait pas plus puissante, plus rapide, sans être nuisible : elle cause seule une douleur beaucoup plus vive, et elle a sensiblement ravivé l'inflammation dans un ou deux cas ; dans la plupart, j'ai dû revenir au mélange de l'essence et de la térébenthine de Venise, et en somme je crois ce mélange préférable. Cependant quelques

malades ont supporté l'essence pure sans éprouver d'inconvénient notable ; deux lui ont attribué une amélioration plus marquée dans leur vision. Je compte en continuer l'emploi dans le traitement des taies, lorsque la conjonctivite est dissipée.

Je joins ici quelques observations très-courtes à l'appui de ce que j'ai avancé plus haut.

OBS. I. — *Conjonctivite; blépharite tarsienne légère.* — Petry (Antoine), âgé de 16 ans, apprenti fileur, est employé dans des ateliers où la poussière du coton irrite presque constamment ses yeux. Entré le 29 octobre à l'hôpital, il est traité d'abord par le collyre au nitrate d'argent et par la pommade de Desault. Après avoir obtenu une amélioration notable, mais lente, on commence, le 20 décembre, l'instillation du collyre de térébenthine; elle semble au malade moins douloureuse que celle du nitrate d'argent.

L'amélioration, dès le lendemain, est très-notable, et le 24 décembre le malade sort de l'hôpital dans un état presque complet de guérison. Cependant il eut une récidive très-prompte et fut forcé de rentrer à l'hôpital, et cette fois il avait une kératite avec ulcération, une conjonctivite aiguë. La térébenthine de Venise, dissoute dans l'essence, fut employée d'emblée, et son effet favorable ne fut pas aussi immédiat. Je lui substituai l'essence pure, qui fit, chez ce malade, un bien meilleur effet. Aujourd'hui la vue est beaucoup plus nette, la cornée s'est éclaircie, la tache est à peine visible.

OBS. II. — *Conjonctivite; kératite.* — Greslier, âgé de 49 ans, maçon, a, depuis l'âge de 8 ans, époque où il a eu la petite vérole, les yeux très-irritables; mais, à 20 ans, il contracta une ophthalmie violente qui le priva de la vue pendant deux semaines. Il y a neuf ans, après avoir travaillé longtemps à réparer des puits, nouvelle ophthalmie qui lui fait perdre l'œil droit. Il y a deux ans, ophthalmie répétée de l'œil gauche. Enfin, trois semaines avant le 20 octobre 1845, nouvelle atteinte de la maladie qui le force à rentrer à l'hôpital.

A cette époque, conjonctivite générale très-intense, granulations de la conjonctive palpébrale, kératite superficielle et vasculaire, photophobie : emploi du collyre de nitrate d'argent, cautérisation avec le crayon du même nitrate. Le 18 décembre, au bout de deux mois de séjour, il y avait de l'amélioration dans son état, mais

elle n'était pas très-marquée. On instille plusieurs gouttes du collyre de térébenthine de Venise. Dès le lendemain, la rougeur de la conjonctive avait sensiblement diminué, la sensation d'ardeur qu'il éprouvait dans l'œil disparût promptement sous l'influence du même moyen. La photophobie cessa; la paupière inférieure, qui était gonflée et s'écartait du globe oculaire, reprit sa forme et sa position; la cornée devint moins vasculaire et la vue s'éclaircit. Depuis, le malade, et après quinze jours de traitement, a pu sortir de l'hôpital. C'est un de ceux qui demandèrent la reprise du collyre de térébenthine interrompu à dessein pour mieux juger de son effet.

Obs. III. — *Cornéite scrofuleuse.* — Serbelot, entré le 12 novembre 1845, scrofuleux, ayant le facies décrit comme caractéristique des scrofules, lèvres épaisses, etc., a fait plusieurs séjours à l'hôpital pour des kératites scrofuleuses. Rentré depuis un mois, il est soumis à l'emploi du nitrate d'argent en collyre. Chez lui, la photophobie est très-notable, quoique l'état vasculaire de la conjonctive soit peu développé : injection faible, ulcération et taie sur chaque cornée. J'hésitai d'abord à employer la térébenthine que je croyais mieux convenir aux conjonctivites catarrhale et mucoso-purulente. Je m'y décidai cependant à cause de l'état stationnaire de l'affection. Dès les premières instillations, disparition de la rougeur, puis amélioration de la vision. Le collyre de térébenthine lui paraît moins douloureux, quoique son action irritante se prolonge davantage et s'accompagne d'un larmoiement assez abondant. Cette plus grande durée de l'action tient-elle à la viscosité du liquide ?

Quoi qu'il en soit, aujourd'hui, et depuis quelques semaines, il n'y a aucune rougeur; la térébenthine n'est plus employée, pour ce malade, à calmer l'inflammation, mais dans le but de dissiper les taies, et Serbelot affirme que sa vue s'améliore. Les opacités sont encore très-visibles et d'un blanc bleuâtre, mais diminuent d'étendue.

Obs. IV. — *Conjonctivite; kératite.* — Luneau, graveur, âgé de 56 ans, déjà traité au mois de juin dernier d'une ophthalmie, en fut repris au mois d'octobre, et quelques jours après il entra à l'hôpital. L'œil gauche était très-rouge; photophobie, épiphora, vision très-obscurcie : il est traité, jusqu'au 21 décembre, par le collyre au nitrate d'argent, à l'aide duquel on a obtenu une amélioration notable. (Instillation de térébenthine.) Au bout de quel-

ques jours les douleurs ressenties dans le globe de l'œil ont beaucoup diminué, une taie légère qui existait sur la cornée s'éclaircit peu à peu, et Luneau ne tarde pas à sortir de l'hôpital.

Obs. V. — *Conjonctivite.* — Griolle, âgé de 46 ans, boulanger, entra le 15 décembre 1845 pour une conjonctivite double qu'il attribue à la lumière et à la chaleur du four. Il s'est fait poser en ville quinze sangsues et a pris un purgatif. Arrivé à l'hôpital, on lui donne un vomitif, puis l'eau de Sedlitz. L'injection des conjonctives est générale et point très-vive. Ce n'est que le 24 décembre qu'on essaye la térébenthine : la rougeur diminue promptement.

Obs. VI. — *Conjonctivite double; tylosis; fistule lacrymale.* — Baton, âgé de 45 ans, a mal aux yeux depuis quinze ans, et a usé d'une foule de moyens locaux, tels que collyres, pommades, insufflations.

Son œil droit offre l'état suivant : Paupière supérieure affectée de tylosis, légèrement renversée; paupière inférieure moins épaisse, mais aussi écartée du globe de l'œil et un peu renversée; granulations de la conjonctive à la face interne des deux paupières; fistule lacrymale large et enflammée au-dessous du tendon réfléchi de l'orbiculaire. Du côté opposé, il existe une de ces petites fistules lacrymales qu'on voit à peine à l'œil nu, et dont la pression fait sortir une gouttelette de larmes limpides. Au bout de peu de jours de l'usage du collyre de térébenthine, le renversement de la paupière inférieure a cessé, le tylosis de la supérieure a diminué sensiblement, la conjonctive est améliorée. Le malade ne tarde pas à sortir de l'hôpital dans un état d'amélioration très-positif. Il sort toutefois sans être guéri, et sans qu'aucune opération ait été pratiquée pour sa fistule.

Depuis le 1er janvier 1846, j'ai recueilli à Beaujon un assez grand nombre d'observations semblables, qui prouvent manifestement l'utilité de la térébenthine en collyre; j'en ai fait aussi plusieurs fois usage en ville avec le même succès. Je m'abstiendrai toutefois, pour le moment, d'en parler avec détail : mon but unique ayant été d'engager mes confrères à répéter mes essais. Il sera convenable plus tard de déterminer la portée de ce nouveau moyen, et sa valeur relative avec plus d'exactitude.

ÉTUDES CLINIQUES SUR LES MALADIES VÉNÉRIENNES. — DES PLAQUES MUQUEUSES;

Par MM. DAVASSE *et* DEVILLE, *anciens internes de l'hôpital de Lourcine.*

Fin (1).

§ III. — SIGNES.

Après avoir passé en revue les caractères généraux et particuliers des plaques muqueuses, il convient maintenant de rechercher les signes qu'elles peuvent fournir, et leur valeur respective. Sous divers points de vue, nous aurons à formuler des *signes diagnostiques* et *pronostiques*, des *signes* ou indications *thérapeutiques*, et enfin des *signes* que nous appelons *nosologiques*. Ainsi, nous avons séparé avec soin le terrain des faits de celui des discussions.

On peut voir, d'après ces divisions, que nous n'adoptons pas dans ce mémoire la marche usitée dans la description habituelle des maladies : la même méthode ne saurait être appliquée, en effet, à l'étude d'une maladie ou à celle d'une de ses expressions *symptomatologiques*.

1° *Signes diagnostiques.*

Le fait le plus frappant dans le diagnostic de la plaque muqueusee, c'est sa physionomie toute spéciale si remarquable, et, on peut le dire, impossible à dépeindre d'une manière suffisante. Parmi les symptômes soit de la syphilis, soit encore des autres maladies, aucun n'est aussi caractéristique ni aussi certain; il suffit de l'avoir observé une fois pour ne le confondre à peu près jamais avec aucun autre. Cependant les

(1) Voy. numéros de octobre, novembre et décembre 1845 des *Archives*, ou 4e sér., t. IX, p. 182, 298 et 457.

personnes qui ne seraient pas très-familiarisées avec la connaissance des maladies vénériennes pourraient hésiter à le reconnaître au milieu d'autres symptômes, ou ne pas le distinguer suffisamment dans ses variétés : nous devons donc donner les éléments du diagnostic différentiel.

I. Les symptômes syphilitiques qui se rapprochent le plus des plaques muqueuses sont : le chancre induré, les papules et les tubercules syphilitiques.

Chancre induré. — Ce symptôme se rapproche d'une manière frappante de la plaque muqueuse ; il présente au moins des caractères très-analogues : tous deux appartiennent essentiellement à la syphilis ; tous deux, comme nous le dirons, sont des signes certains d'infection constitutionnelle ; tous deux succèdent à un chancre par transformation *in situ*... Mais ils présentent aussi des différences importantes : le chancre induré succède directement au chancre proprement dit, tandis que la plaque muqueuse peut se développer ailleurs que dans le lieu de l'infection primitive. Nous trouvons surtout une différence considérable entre ces deux symptômes dans leur fréquence relative chez l'homme et chez la femme : autant les chancres indurés sont fréquents chez les hommes, autant ils sont rares chez les femmes ; proportion absolument inverse quant aux plaques muqueuses. Les premiers sont si communs chez les hommes, que M. Ricord va quelquefois jusqu'à admettre d'une manière approximative 99 malades sur 100 dont l'infection constitutionnelle a été accompagnée et signalée par l'induration de chancres antécédents. Ce chiffre ne pourrait pas être appliqué aux femmes : en regard de nos 191 observations de plaques muqueuses, nous ne pourrions pas réunir à nous deux une vingtaine d'observations de chancres indurés, pendant deux années de service à l'hôpital de Lourcine.

Il existe d'ailleurs dans l'ensemble de leurs caractères des signes différentiels tranchés. Pas de confusion possible lorsque la plaque muqueuse est recouverte de la pellicule fine dont

nous avons parlé, ce qui est le cas le plus commun. Lorsque la pellicule n'existe pas, la plaque muqueuse peut offrir un peu plus de dureté que les parties environnantes; jamais la dureté caractéristique et comme cartilagineuse du chancre induré. La surface de l'une est convexe et aplatie, celle de l'autre est concave et à rebords saillants; dans le premier cas elle n'est pas ulcérée, tandis que, dans le second cas, elle offre les caractères d'une ulcération non équivoque. Enfin, il n'y a pas jusqu'à la coloration qui ne soit différente, le chancre induré étant le plus souvent grisâtre, et la plaque muqueuse plus souvent rosée. Quant à la marche, le chancre induré guérit bien moins rapidement, somme toute, que la plaque muqueuse.

Papules syphilitiques. — Nous avons rejeté, dans notre chapitre préliminaire, la dénomination de papules syphilitiques donnée par plusieurs auteurs aux plaques muqueuses. Ces deux symptômes diffèrent autrement que par le siége, car de vraies papules peuvent se montrer à la vulve, par exemple, et l'œil le moins exercé ne pourrait les confondre avec des plaques muqueuses. Cette distinction est assez importante, et d'ailleurs elle paraît assez méconnue par la plupart des auteurs, pour qu'il convienne de rapporter une observation à ce sujet, bien qu'il nous en coûte d'interrompre en quelque sorte l'étude du diagnostic différentiel :

Obs. XXIV. — Léontine B....., âgée de 18 ans, blanchisseuse, entre le 5 octobre, salle Saint-Louis, n° 54. Cette fille avait déjà été traitée dans un autre service de l'hôpital de Lourcine, près de deux mois auparavant, pour des chancres des parties génitales dont elle s'était aperçue seulement depuis une huitaine de jours. A cette époque, elle avait été mise en traitement par le proto-iodure de mercure, qu'elle prit en pilules pendant quatre semaines sans interruption ni accident. Les chancres, cautérisés le troisième jour de son entrée et plusieurs autres fois ensuite, s'étaient bientôt cicatrisés sans laisser d'autres traces qu'un peu de rougeur, sans aucune saillie ni induration. Il y avait un léger engorgement in-

dolent dans l'aine. Pendant son séjour à l'hôpital, et au bout de quelques jours de traitement, une éruption de roséole se fit sur tout le corps. La malade sortit, après cinq semaines, non entièrement guérie.

Presque immédiatement après sa sortie, elle vit survenir quelques saillies d'une coloration et d'un volume tout à fait différent de celui des taches de roséole qui persistaient encore. Cette nouvelle éruption était à peu près bornée à la sphère génito-anale. Elle rentra alors à Lourcine, et fut envoyée dans le service de M. Cullerier. — Nous reconnûmes des *papules* peu élevées, sèches, d'une forme peu régulièrement arrondie, d'une coloration chair de de jambon caractéristique, et répandues en nombre assez considérable sur les grandes et petites lèvres, tout autour de la vulve, au pli génito-crural, sur le mont de Vénus, à la partie supérieure des cuisses et autour de l'anus. Ce siége, qui était celui d'élection des plaques muqueuses, était singulièrement remarquable, parce que, à part ce caractère, l'éruption ne ressemblait en rien à cette dernière affection, et que les variétés d'organisation du lieu affecté n'en changeaient pas sensiblement la physionomie. En effet, même les papules groupées sur la face interne des grandes lèvres et sur les nymphes n'avaient ni cette saillie circonscrite, ni cette surface lisse, fine et aplatie, ni cette humidité, ni cette coloration rosée, ni cette mollesse particulière des plaques muqueuses. Elles se confondaient presque immédiatement avec les parties saines voisines, et il n'y avait aucune coloration morbide dans leur intervalle. Elles existaient en outre, mais très-rares et disséminées, sur le ventre, les reins et les épaules, et tranchaient visiblement avec les taches de roséole qui existaient aussi dans toutes ces régions; il n'y avait aucune démangeaison.

Le 9 octobre, un traitement général fut commencé par la liqueur de Van Swieten; aucune application locale ne fut faite sur les papules. — Pendant le traitement, et sans que celui-ci donnât lieu à aucun gonflement des gencives ou à de la salivation, les amygdales devinrent douloureuses, enflammées, et s'ulcérèrent superficiellement. L'angine disparut après trois semaines, ainsi que la roséole. Quant aux papules, pendant plus d'un mois, elles ne présentèrent aucun changement en mieux; au contraire, dans les premiers temps, elles parurent s'élargir et se multiplier sensiblement. On ajouta au traitement général les bains de vapeurs et les fumigations de cinabre, et, sous cette influence, elles commencèrent à pâlir et à présenter une desquamation furfuracée,

même là où elles siégeaient sur la muqueuse génitale. Dès que la desquamation eut commencé, elles disparurent rapidement.

La malade sortit en très-bon état le 7 décembre, après deux mois de traitement.

Sans doute la plaque muqueuse est plus voisine d'une papule que de tout autre symptôme syphilitique; mais nous persistons à soutenir que ce sont là deux choses différentes, quoi qu'on en dise. La surface plutôt cutanée que muqueuse, aplatie; le peu d'élévation; l'absence de sécrétion et par suite la sécheresse de la surface; l'absence de la pellicule muqueuse et rosée, du bord déchiqueté... et de tout phénomène fonctionnel; la coloration moins intense, plus jaunâtre, véritablement chair de jambon; la marche différente et la persistance; la desquamation consécutive; toute leur physionomie enfin, caractérisent assez les papules syphilitiques, même lorsqu'elles siégent dans le lieu d'élection des plaques muqueuses.

Tubercules syphilitiques. — Nous aurions à répéter ici ce que nous venons de dire des papules. La différence est même plus tranchée : aussi tous les dermatologues n'hésitent-ils pas à faire pour les plaques une variété de tubercules toute particulière sous le nom de *tubercules muqueux.*

II. Parmi les divers points de la surface du corps humain qu'occupent les plaques muqueuses, il en est où elles peuvent simuler jusqu'à un certain point d'autres altérations.

Végétations. — Nous avons dit qu'à la région ano-périnéale les plaques muqueuses devenaient parfois végétantes, et, d'autre part, nous avons vu de vraies végétations venir compliquer assez souvent des plaques non végétantes. Il peut y avoir entre ces deux états des transitions, des nuances telles, qu'il est difficile parfois, nous l'avouons, de préciser un diagnostic rigoureux. Cependant ces cas sont rares, et alors même on peut tenir compte des particularités suivantes : les végétations sont plus découpées, plus mamelonnées; elles ne sécrètent pas; lorsqu'elles sont petites, elles sont d'habitude

éparses et sessiles; plus volumineuses, elles sont pédiculées; leur nombre est souvent considérable, tandis que celui des plaques muqueuses est toujours très-restreint. — Sous le rapport nosologique, il y a cette différence essentielle que les vraies végétations ne sont pas syphilitiques.

Fissures à l'anus. — Bien que les symptômes fonctionnels des rhagades simulent parfois ceux des fissures à l'anus, il est rare qu'on puisse les confondre ensemble; on confondrait plutôt les fissures à l'anus avec de simples chancres, distinction dont nous n'avons pas à nous occuper ici. — Dans le cas de rhagade, l'inspection simple qui montre des bords violacés et saillants, puis l'influence du traitement, suffisent pour éviter toute erreur.

Eczéma de l'anus. — Nous ne faisons que mentionner ce symptôme qui ne ressemble en rien aux plaques muqueuses, si ce n'est que, sous son influence, les plis normaux de l'anus peuvent s'hypertrophier, et prendre ainsi un faux aspect de plaques, aspect dont il suffit d'être prévenu pour éviter toute erreur.

Tumeurs hémorrhoïdales. — Parfois des tumeurs hémorrhoïdales, turgescentes et isolées peuvent simuler des condylômes. La confusion, rarement difficile à éviter, ne saurait être de longue durée : la turgescence disparaissant laisse les tumeurs flétries et persistantes sous cette forme que ne présentent jamais les plaques muqueuses.

Stomatite mercurielle. — Une fois nous avons vu un médecin, expérimenté dans la pratique des maladies vénériennes, prendre d'abord pour une plaque muqueuse une des ulcérations de la stomatite mercurielle, saillante, à fond irrégulier et grisâtre, et qui, considérée indépendamment des autres symptômes, aurait pu être, en effet, difficile à distinguer. On observe tous les jours de pareilles ulcérations proéminentes sur la muqueuse buccale. L'usage du mercure antérieur à leur développement, la salivation concomitante, le gonfle-

ment gengival, la fétidité particulière de l'haleine, surtout l'existence fréquente d'ulcérations grisâtres sur le bourrelet muqueux qui sépare la joue du voile du palais, sont des signes assez positifs pour éviter, dans tous les cas, une erreur assez fâcheuse, puisqu'elle tendrait à aggraver l'état du malade par la prolongation d'un traitement dans ce cas dangereux.

Les *tubercules syphilitiques tertiaires* de la langue sont trop différents pour mériter de nous arrêter.

Angines simples. — Ici encore il n'y a de commun que les phénomènes fonctionnels; l'inspection de l'arrière-gorge suffit pour démontrer les plaques muqueuses quand elles existent. On ne doit jamais négliger un examen attentif de ces parties sur des malades suspects de syphilis, et qui ont une angine persistante. Nous devons dire aussi que parfois les plaques muqueuses des amygdales sont si peu saillantes, qu'on peut éprouver une certaine difficulté à les distinguer d'ulcérations secondaires, diagnostic du reste peu important.

Onyxis. — Tous les cas d'onyxis syphilitique à nous connus étaient concomitants de divers autres symptômes secondaires. Cette coïncidence suffit seule pour éveiller l'attention, et alors la saillie violacée qui entoure l'ulcération, l'odeur du pus sécrété, etc. etc., rendent le diagnostic très-facile.

Ulcérations granulées du col utérin. — Ici les signes diagnostiques manquent entièrement. On peut s'en assurer par la divergence d'opinion des auteurs, dont les uns ne parlent même pas des plaques muqueuses du col utérin, tandis que d'autres semblent les regarder comme assez communes. Il est de fait que cette opinion n'est appuyée, de part et d'autre, sur aucune preuve. S'il en existe, leur aspect peut être assez semblable à celui des granulations non syphilitiques. Dans le cas que nous avons cité, nous avons cru devoir admettre l'existence de plaques sur le col utérin, parce que l'évolution en a été suivie pas à pas. Dans l'état actuel de la science,

c'est le seul élément diagnostic différentiel que nous puissions invoquer.

III. *Plaques muqueuses ulcérées, et chancres passant à l'état de plaques muqueuses.* — De toutes les erreurs auxquelles donne lieu le diagnostic différentiel, dans le cas qui nous occupe, celle-ci est la plus fréquemment commise et la plus importante à signaler; aucune peut-être, dès qu'on en est prévenu, n'est plus facile à éviter. Nous n'avons qu'à répéter, pour fournir les éléments de ce diagnostic, mais comparativement ici, les signes de l'un et de l'autre de ces états. En outre des différences remarquables tirées du mode d'évolution particulier à chacune de ces lésions, il y a une différence d'aspect que nous avons trouvée bien marquée *dans tous les cas.* On ne voit pas dans la véritable plaque muqueuse ulcérée cet état caractéristique d'être en partie cicatrisée, saillante, lisse et rosée à la circonférence, en partie ulcérée, rouge ou grisâtre et bourgeonnante au centre, comme dans la transformation directe. Ce sont plutôt soit des érosions irrégulières, soit des surfaces plus ou moins profondément échancrées, inégales, dont le fond pointillé, déchiqueté, présente le plus souvent une petite couche grisâtre, mince, adhérente, et sécrétant un liquide séro-purulent d'une odeur forte, occasionnant des cuissons très-pénibles; elles n'occupent jamais le centre d'une manière précise. En outre, la fausse ulcération provenant d'un chancre à la période de réparation, occupe ordinairement des plaques discrètes, isolées, et siégeant au lieu d'élection des chancres; au contraire, les plaques ulcérées sont le plus souvent anciennes, larges, confluentes, ou bien, lorsqu'elles sont isolées, elles siégent au bord de l'anus, à la base des orteils, à la racine des ongles. Enfin, les plaques muqueuses ulcérées laissent à leur suite de petites cicatrices indélébiles, ce qui n'arrive pas dans l'autre cas.

Considérée en elle-même, la plaque muqueuse, si petite

qu'elle soit, si isolée qu'on la suppose, en quelque lieu qu'elle siége, constitue toujours un signe diagnostique précieux qui révèle à lui seul l'existence de la vérole, et vient quelquefois éclairer d'une manière inattendue le diagnostic de maladies difficiles à reconnaître jusque-là, comme nous pourrions en citer de nombreux exemples.

2° *Signes pronostiques.*

Les plaques muqueuses guérissent, en général, avec la plus grande facilité (sauf les particularités que nous avons notées à propos des variétés); elles n'offrent par conséquent, par elles-mêmes, ou pour mieux dire, comme symptôme local, rien de fâcheux.

Il n'en est plus de même si on les considère sous le rapport de la maladie générale dont elles sont une des expressions symptomatiques. En effet, elles doivent faire présager nécessairement l'apparition d'autres phénomènes syphilitiques constitutionnels, s'il n'en existe pas déjà.

Maintenant peut-on tirer de leur nombre, de leur siége ou de leurs variétés, des signes pronostiques de quelque valeur sur la gravité des accidents qui se développent plus tard? Toutes nos observations s'élèvent contre cette opinion entièrement dénuée de preuve, nous n'hésitons pas à le dire. Une seule petite plaque muqueuse, même passagère, des commissures labiales est un signe pronostique tout aussi grave que ces immenses plaques confluentes dont nous avons vu des exemples autour des organes génitaux.

3° *Signes ou indications thérapeutiques.*

Établissant ici les mêmes distinctions séméiologiques que dans les articles précédents, nous devons indiquer le traitement de la plaque muqueuse elle-même, et puis les indications thérapeutiques générales qu'elle fournit.

Rien de plus simple que le traitement local. En effet, abandonnée à elle-même, la plaque muqueuse disparait spontanément dans l'immense majorité des cas, surtout par les soins de propreté. Ceci est bon à dire pour juger divers moyens qui ont été proposés pour ce traitement local, tels que l'alun, l'acide citrique, etc. etc. Ces moyens n'agissent, en général, que par les soins plus ou moins minutieux que leur application exige. Cependant, parmi eux, devons-nous encore distinguer l'emploi du nitrate d'argent, qui hâte la dessiccation d'abord, puis la résolution d'une manière assez remarquable. Il s'emploie sous forme de crayon qu'on promène simplement sur la surface malade, en ayant la précaution de le mouiller d'avance lorsque cette surface n'est point humide. Dans le cas de plaques confluentes, la solution caustique à la dose de 4 grammes de nitrate pour 30 grammes d'eau distillée, est d'une application plus facile. Les cautérisations sont renouvelées deux fois par semaine. Il est des cas de plaques ulcérées dont la cautérisation est fort douloureuse; il convient alors d'employer les pansements avec le calomel en poudre ou en pommade, moyen préconisé par M. Ricord, ou bien simplement le cérat opiacé, si les douleurs sont par trop vives. — On ne doit attribuer à ces moyens d'autre valeur que celle de hâter quelque peu la guérison; néanmoins certaines plaques muqueuses persistantes, et par exemple quelques états condylomateux sont véritablement guéris par les applications locales de nitrate d'argent.

De toute façon, on n'a fait encore disparaître qu'un symptôme : la maladie dont ce symptôme est le résultat n'en persiste pas moins, et elle peut reproduire même de nouvelles plaques, comme nous l'avons fréquemment observé.

L'indication thérapeutique essentielle que donne la plaque muqueuse est celle du traitement des accidents syphilitiques secondaires auxquels elle appartient, c'est-à-dire du traitement mercuriel.

Ainsi donc, le traitement habituel des plaques muqueuses doit se composer de l'usage d'une préparation mercurielle (du proto-iodure en particulier), et des cautérisations locales avec le nitrate d'argent.

Ce traitement, bien régulièrement suivi, met à peu près constamment les malades à l'abri de toute récidive; nous dirions volontiers constamment, si nous n'avions à citer dans nos observations quelques cas très-exceptionnels de plaques muqueuses récidivées après un traitement non interrompu; nous les avons citées à propos de l'observation 18. On pourrait supposer que les malades se sont soustraits au traitement, comme il arrive souvent en effet, si on n'y prend garde; mais cette explication ne peut être donnée pour la malade dont l'observation a été rapportée, puisque chez elle il est survenu une stomatite mercurielle. Il faut donc reconnaître que, semblable en cela à nos meilleurs agents thérapeutiques, le mercure, dont l'action spécifique est presque certaine contre les accidents secondaires de la syphilis, rencontre parfois des idiosyncrasies réfractaires, ce qui du reste n'est point spécial aux plaques muqueuses, et n'infirme nullement la loi générale (1).

---

(1) Depuis que l'un de nous, actuellement interne dans le service de M. Ricord, a pu suivre attentivement de nouveaux malades, il a observé des cas de récidives qui démontrent péremptoirement un fait qu'il ignorait jusque-là, et que la plupart des praticiens paraissent ignorer, à savoir, qu'un traitement mercuriel des plus réguliers, des plus efficaces, fait à propos, n'empêche pas le malade, en apparence bien guéri, et sans nouvelle infection primitive, d'avoir plus tard une répétition d'accidents secondaires ou de vraies récidives. Ceci est rare, mais se voit. — Nous ne faisons que signaler en passant cette question grave et si importante pour la solution de cette autre question d'une double diathèse syphilitique possible. Le sujet sera repris ailleurs, et même par notre maître, M. Ricord.

4° *Signes nosologiques.*

Nous entendons par *signes nosologiques* les signes que les plaques muqueuses peuvent fournir dans la détermination des périodes de la maladie dont elles sont le symptôme. Caractérisent-elles, en un mot, une période certaine de la syphilis ? Nous répondons : « *Les plaques muqueuses sont toujours un signe infaillible de l'infection syphilitique constitutionnelle*, dont elles signalent très-fréquemment le début, au moins chez les femmes. On doit les classer nosologiquement dans les accidents secondaires de la syphilis. »

Nous savons qu'une assertion aussi nettement formulée rencontrera nécessairement des contradicteurs, car tous les syphiliographes à peu près, à part M. Ricord, ont regardé les plaques muqueuses comme des symptômes primitifs possibles, et se sont depuis longtemps retranchés dans leur opinion. Quant à nous, après avoir vérifié la question au point de vue de nos faits particuliers, nous avons été amenés sans hésitation à accepter et à confirmer l'avis de M. Ricord. Nous devons, par conséquent, donner les preuves qui ont dû nous déterminer : les unes, complétement irréfragables, résulteront de l'analyse logique des faits ; les autres, qui ont encore, à notre avis, un assez grand intérêt, sont du domaine du raisonnement ; enfin nous aurons à voir les objections qui peuvent être présentées.

I. *Preuves tirées des faits.* — Les observations qui servent de base à ce mémoire, ayant été recueillies par chacun de nous, sans aucun but préconçu, sans la prévision même d'un travail quelconque sur cette matière, il est arrivé que plusieurs ne renfermaient pas tous les éléments nécessaires pour discuter chaque point de vue en particulier. L'un de nous surtout ayant poursuivi beaucoup plus loin l'étude des plaques muqueuses dans leur origine, il en résulte que nos observations, quoique concordantes dans les points qui leur sont

communs, ne peuvent cependant figurer ensemble dans les mêmes tableaux. Nous sommes donc obligés de prendre à part les résultats obtenus isolément par chacun de nous, nous réservant de les comparer toutes les fois que cela sera possible.

Il est un point sur lequel nous nous accordons complétement, c'est celui qui est relatif à l'existence de chancres antérieurement à des plaques muqueuses.

Sur 92 observations, l'un de nous a observé 71 fois des chancres dont l'existence est déclarée par les malades et plus souvent constatée par l'inspection directe.

10 fois les plaques existaient chez des enfants nouveau-nés, dont 2 avaient été infectés directement, c'est-à-dire qu'ils avaient présenté des chancres immédiatement après la naissance ; les 8 autres provenaient de mères syphilitiques. Nous n'en avons pas observé chez des enfants nés de mères saines, et dont le père seul aurait eu la syphilis.

Il ne reste donc que 11 cas sur 92, dans lesquels l'existence antérieure des chances n'a pu être constatée par l'inspection directe, ou par l'aveu des malades, ou bien n'est pas mentionnée dans les observations.

— Cette analyse se trouve bien plus complète dans les 102 cas qui composent la deuxième série. Sur ce nombre de cas, 90 fois il y avait eu des chancres constatés à l'inspection ou par l'aveu des malades. Nous devons noter que ce rapport de 90 à 102 est absolument le même que celui de 81 à 92, preuve assez évidente de leur exactitude. Cela fait en somme une masse de 171 cas de chancres antérieurs bien avérés sur 194 cas de plaques muqueuses, proportion déjà très-considérable, et qui suffirait pour faire admettre comme lui la préexistence des chancres.

Ce n'est pas tout : nous pouvons poursuivre beaucoup plus loin l'examen logique de ces derniers faits.

Bien qu'il soit difficile de préciser l'intervalle écoulé entre l'apparition des chancres et celle des plaques muqueuses qui

leur succèdent, il nous est arrivé d'avoir des renseignements que nous avons tout lieu de croire exacts, pour pouvoir arriver d'une manière très-approximative aux résultats suivants. Si donc nous en croyons les renseignements fournis à ce sujet par les malades, nous trouvons que l'époque d'apparition des plaques muqueuses après le coït infectant, ou au moins après l'apparition des chancres primitifs, a été pour les 102 observations dernières, appartenant à l'un de nous :

Au bout de 15 jours à 3 semaines	23 fois.
De 1 à 3 mois.	52
De 3 à 6 mois et au delà	12
A une époque qu'il a été impossible de déterminer d'une manière précise	15
Total.	102 fois.

Ainsi, dans l'immense majorité des cas, si ce n'est dans tous, les plaques muqueuses n'ont apparu que plusieurs jours et le plus souvent plusieurs semaines après l'infection primitive. On conviendra sans doute qu'entre ces deux faits, infection primitive et apparition des plaques, il y a eu un phénomène intermédiaire ; et ce phénomène, les résultats précédemment signalés et ceux que nous allons donner encore doivent le démontrer, c'est le chancre.

S'il peut y avoir quelques doutes relativement à l'existence d'accidents primitifs avant les plaques, c'est seulement dans le cas où celles-ci se sont développées 15 jours à 3 semaines après l'infection. 23 cas, comme on vient de le voir, se trouvent dans cette catégorie ; en les analysant, nous trouvons qu'il y a eu :

La transformation bien constatée par nous du chancre en plaque muqueuse	7 fois.
Des traces de cicatrisation de chancres antécédents	3
Des accidents syphilitiques secondaires coexistants.	7
Total. . .	17 fois.

Restent donc 6 cas seulement sur lesquels la discussion pourrait encore porter, mais qui seront annihilés par les résultats qui vont suivre.

Quant aux 15 cas dans lesquels l'époque d'infection n'a pas été déterminée, nous avons trouvé 12 fois des traces de chancres antérieurs ou d'autres symptômes constitutionnels présents, et 3 cas dans lesquels, ayant affaire à une femme idiote et à deux autres malades d'une intelligence extrêmement bornée, nous n'avons eu aucun renseignement.

Que nous tenions compte seulement de l'époque d'apparition des plaques muqueuses, ou bien que nous recherchions par l'inspection directe et l'aveu des malades l'existence des chancres, nous la trouvons toujours infiniment probable, et démontrée dans la grande majorité des cas (90 sur 102). Nous voyons pour ce qui regarde les faits en apparence exceptionnels, qu'il y a plus de raisons pour les expliquer dans le sens de la grande majorité qu'autrement. Ainsi, reprenant par exemple les 12 cas exceptionnels sur les 102 observations, nous trouvons des raisons plus que suffisantes pour admettre néanmoins l'existence des chancres :

Dans 4 cas, les malades qui niaient avoir eu aucun accident de ce genre et ne présentaient nulles traces de chancres actuels avaient toutes quatres d'autres accidents syphilitiques : *bubon virulent et inoculé*, et diverses éruptions ayant précédé l'apparition des plaques.

5 autres présentaient des circonstances antécédentes tellement probantes, qu'il était bien vraisemblable qu'elles avaient eu des chancres malgré leurs dénégations : aussi, le mari de la première avait été infecté 6 mois auparavant et soigné par M. Cullerier qui se rappelait très-bien le fait; la seconde avait eu 2 mois et demi avant, aux parties génitales, ce qu'elle appelait un échauffement; la troisième, qui voulait se faire passer pour infectée par un nourrisson, avait, pendant son séjour à Lourcine, son mari traité à l'hôpital du Midi, dans le service

de M. Ricord, pour un chancre induré ; les deux dernières avaient eu, à ne pas s'y méprendre, des rapports anormaux et qu'elles ne voulaient point avouer ! En définitive restent trois seuls cas comprenant une idiote et deux femmes sans intelligence que nous avons déjà mentionnées.

Concluons donc, au point de vue des faits, *que les plaques muqueuses sont toujours précédées par des chancres dans leur apparition*, et que les exceptions apparentes à cette règle trouvent leur explication dans l'insuffisance des renseignements, ou dans d'autres motifs qu'on peut le plus souvent pénétrer.

Avant de quitter les arguments irrésistibles des faits, nous devons signaler ici, en faveur de la signification nosologique des plaques muqueuses, une particularité assez concluante : dans la majorité de nos observations, les plaques sont accompagnées d'autres phénomènes syphilitiques secondaires. Sur 92 cas, ces symptômes, consistant en céphalées, douleurs articulaires, croûtes du cuir chevelu, chute des cheveux, engorgements ganglionnaires indolents, diverses éruptions, se sont montrés 71 fois, en sorte qu'ils n'ont manqué que dans le quart environ des cas. — Sur 102 observations, ils ont existé 63 fois : ils ont donc manqué environ le tiers des cas. Cette légère différence entre ces deux chiffres (qui démontre seulement la nécessité des grands nombres en matière de statistique) prouve toujours que dans plus des deux tiers des cas la coïncidence signalée a lieu. Le plus souvent c'est la plaque muqueuse qui précède les autres phénomènes constitutionnels, d'autres fois elle est précédée par certains d'entre eux. On comprend très-bien d'ailleurs qu'elle puisse exister comme seul phénomène secondaire, la maladie ne se manifestant alors que par ce seul symptôme, comme elle se manifeste aussi quelquefois par une roséole seule ou toute autre éruption : ceci pourrait expliquer pourquoi, dans près d'un tiers de nos observations, il n'y avait pas d'autre phénomène

secondaire. Cette coïncidence nous a paru moins fréquente dans les cas de larges plaques confluentes que dans les autres, comme si l'effort de la maladie se fût épuisé, pour ainsi dire, à la production d'un seul symptôme plus grave que d'habitude.

II. *Preuves tirées de l'analogie et du raisonnement.* — Elles peuvent être ramenées à six chefs principaux :

1° On peut se demander tout d'abord comment un symptôme à peu près identique dans tous les cas se développe irrégulièrement et sans ordre, tantôt comme symptôme primitif, tantôt comme accident secondaire, et nous avons même entendu dire tertiaire, dans une maladie dont tous les autres phénomènes paraissent affecter un ordre d'évolution déterminé à chacun d'eux. Voit-on jamais la syphilis commencer par un iritis ou une exostose ? Remarque-t-on, au milieu des phénomènes de la syphilis constitutionnelle, les récidives spontanées des accidents véritablement primitifs ? Pourquoi seule la plaque muqueuse ferait-elle une exception ?

2° Si on admet avec tous les syphiliographes que la plaque muqueuse est le symptôme le plus positif, le plus irréfragable de la syphilis constitutionnelle, c'est-à-dire qu'elle est le produit direct, certain de l'infection générale, comment donc vouloir retrouver ce symptôme en dehors de toute infection constitutionnelle, en l'absence de sa cause productrice ?

3° Les phénomènes primitifs de la syphilis ont tous la capacité virulente transmissible par inoculation : or, il est certain que la plaque muqueuse ne s'inocule jamais, caractère négatif qui la rapproche des accidents constitutionnels, non inoculables, comme chacun sait.

4° D'un autre côté, les plaques muqueuses sont le résultat le plus habituel et presque constant de la transmission de la syphilis par hérédité de la mère à l'enfant : or, cette transmission n'a lieu que dans les accidents constitutionnels. (Il est bien entendu que l'on ne comprend pas dans cette transmission

héréditaire l'inoculation des accidents primitifs possible de la mère à l'enfant, soit au moment de la naissance et au passage, soit ultérieurement.)

5° Les plaques muqueuses sont souvent escortées par d'autres phénomènes constitutionnels qui peuvent même les précéder, ce qu'on ne voit pas dans le cas de chancres, du moins tant que ceux-ci sont à la période d'accidents primitifs.

6° Enfin, leur guérison réelle et définitive ne peut être obtenue que par un traitement général agissant sur toute la constitution, c'est-à-dire par un traitement mercuriel. Les récidives spontanées n'ont pas lieu, d'autre part, dans les accidents primitifs, comme dans les plaques muqueuses.

Concluons qu'en raisonnant d'après les lois de l'analogie, on est conduit à regarder les plaques muqueuses comme un accident primitif.

III. *Objections.* — Comment se fait-il donc que, malgré l'évidence de ces faits et de ces raisonnements, à peu près tous les syphiliographes admettent les plaques comme accident primitif possible, quoique rare, et que même M. Cazenave, par exemple, ait donné les signes différentiels qui les distinguent dans cet état? Il y a pour cela plusieurs raisons qu'il nous faut examiner.

Trop souvent on s'en est rapporté d'une manière exclusive aux renseignements donnés par les malades. Il faut avoir vécu dans cette sphère d'observation journalière de malades atteints de syphilis, pour savoir combien peu de confiance méritent, en général, leurs assertions. Combien n'en voit-on pas qui affirment encore n'avoir jamais eu de chancres, alors qu'un examen régulier vient en démontrer l'existence au médecin? Souvent il n'en reste que des traces peu évidentes, ou bien elles sont entièrement effacées, et cela chez des malades peu soigneux, quelquefois peu intelligents, et toujours honteux de pareils aveux. Ils sont d'autant plus portés à nier l'existence des accidents antérieurs, que l'apparition des pla-

ques peut avoir lieu longtemps après celle des chancres, et sans infection primitive à laquelle d'ailleurs plusieurs ne se sont plus exposés. Nous ne parlerons pas ici de plusieurs autres causes d'erreur, mais au moins faut-il signaler en passant une des plus graves, surtout dans les classes les plus élevées de la société : c'est l'intérêt qu'ont les malades à mettre une foule de restrictions dans leurs aveux. — Par conséquent, on peut n'avoir que des renseignements incertains, et les médecins qui se fondent seulement sur ces affirmations ou ces dénégations n'apportent pas en faveur de leur opinion des preuves suffisamment scientifiques. C'est pour cela que, dans le cours de l'examen de nos malades, et dans les conclusions de nos observations, nous avons toujours fait marcher de front et les renseignements fournis par les malades et les autres preuves tirées de l'ensemble de la maladie. Ainsi, on n'a établi la possibilité des plaques muqueuses développées comme accidents primitifs, qu'en partant d'une base au moins très-contestable.

Une autre considération qui doit paraître puissante à beaucoup de médecins, c'est le siége d'élection du symptôme en question, précisément là où siégent d'habitude les phénomènes primitifs. Ce siége n'a rien qui doive nous étonner, maintenant que nous connaissons, d'une part, toutes les autres variétés du siége; d'autre part, le mode d'évolution des plaques.

L'époque d'apparition, quelquefois si voisine du début de la maladie, considérée dans son ensemble, doit certainement en imposer encore. Cependant, il faut se rappeler qu'il s'écoule au moins quinze jours, après l'infection primitive, avant que l'apparition des plaques puisse avoir lieu par l'intermédiaire obligé des chancres.

On parle également de contagion. Jamais nous n'avons pu trouver rien qui y ressemblât. Ainsi, il est très-rare de voir se développer des plaques muqueuses exactement l'une vis-à-

vis de l'autre, comme dans le cas de chancre; et nous n'avons pas besoin de rappeler que la plaque muqueuse n'est point inoculable. D'un autre côté, nous avons eu deux fois particulièrement l'occasion d'examiner avec soin les organes génitaux d'hommes ayant eu des rapports sexuels avec des femmes dont la vulve était couverte d'énormes plaques muqueuses, et ces organes génitaux étaient sains. Les plaques pourraient plutôt, par la nature de leur sécrétion, donner lieu à quelque écoulement purement vénérien chez les hommes qui auraient des rapports avec la femme malade.

Enfin, dans l'appréciation du fait qui nous occupe, les auteurs n'ont certainement jamais tenu compte de l'évolution de la plaque muqueuse, et du phénomène de transformation duquel elle résulte souvent. Alors il leur a été facile de confondre ensemble des chancres, des plaques muqueuses et des plaques ulcérées, et de prendre pour ces dernières de véritables chancres transformés. On part très-souvent de cette confusion pour prouver l'existence des plaques muqueuses primitives.

Résumons dogmatiquement l'histoire nosologique des plaques muqueuses en général :

Elles caractérisent toujours la période secondaire de la syphilis, et sont précédées nécessairement par des chancres ;

Elles se développent tantôt dans le lieu même des chancres dont elles sont la transformation *in situ*, tantôt dans un autre lieu, et quelquefois longtemps après l'existence des chancres.

Le développement par suite de la syphilis héréditaire ne constitue pas une exception, puisque des chancres ont existé chez la mère.

Ordinairement c'est un des premiers phénomènes constitutionnels qui apparaît; elles précèdent de longtemps les accidents tertiaires, s'il doit en exister plus tard. Elles sont parfois comme un accident de transition entre le chancre anté-

rieur auquel elles succèdent, et l'infection constitutionnelle consécutive qu'elles annoncent ; et c'est dans ce dernier cas qu'elles ont pu passer pour un phénomène primitif.

Nous terminons ici notre tâche laborieuse. Les détails minutieux que nous avons donnés se justifient assez par une importance légitime.

Théoriquement, ils confirment la vérité d'une doctrine et posent l'immuabilité d'une loi.

En pratique, ils doivent puissamment éveiller la sollicitude du médecin, en lui démontrant que *toujours* les plaques muqueuses annoncent les périodes sérieuses d'une maladie qu'il était encore temps, un peu auparavant, de maitriser.

Enfin, même au point de vue exclusivement dogmatique, ce sont les détails, les faits qui constituent la richesse de la science ; et lorsque ces faits sont encore vagues, obscurs ou mal définis, c'est surtout le grand nombre d'observations qui vient montrer la vérité.

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie et thérapeutique médico-chirurgicales.

Cœur (*Mort subite dans un un cas de ramollissement et de déchirure des fibres profondes du —, sans épanchement de sang dans le péricarde*); obs. par le Dr James Undren. — Un homme de 60 ans, fort et bien musclé, qui jouissait d'une santé excellente, et qui ne s'était jamais plaint de douleurs vers aucun organe, avait été occupé pendant quelques jours à préparer un rapport très-important. Le 6 janvier, il se rendit de Glasgow à Edimbourg. Pendant qu'il était occupé à vaquer à ses affaires, il tomba mort dans la rue. L'autopsie eut lieu le lendemain par ordre de l'autorité. La tête et le corps présentaient une lividité très-prononcée; la coloration de la face était légèrement rosée; il y avait une petite écorchure à la partie supérieure de la joue gauche; et de la sérosité sanguinolente s'écoulait par les narines. Il n'y avait aucun épan-

chement de sang dans la cavité de la plèvre; les poumons paraissaient sains, à l'exception du lobe supérieur du poumon gauche, qui était légèrement engorgé; le sang était liquide dans les vaisseaux, comme cela arrive dans presque tous les cas de mort subite. Le péricarde ne contenait aucun liquide; le cœur avait presque triplé de volume; il était mou, flasque et couvert de graisse; à la surface externe du ventricule droit, on voyait une plaque pseudo-membraneuse de la largeur d'une pièce de 12 sous; le ramollissement du cœur était porté si loin dans l'oreillette et le ventricule droit, ainsi que dans les deux tiers supérieurs du ventricule gauche, qu'il fallait prendre les plus grandes précautions pour les toucher sans les déchirer. Le ventricule droit, fortement dilaté et aminci, ne renfermait ni caillot ni sang liquide; l'oreillette droite était également dilatée et amincie; près du tubercule de Lower, les fibres musculaires étaient rompues de dedans en dehors dans trois points différents et dans une étendue de près de 1 pouce; le sang s'était extravasé parmi les fibres déchirées; et le feuillet séreux constituait la seule barrière qui avait empêché l'irruption du sang dans l'intérieur du péricarde. La valvule mitrale et la valvule tricuspide étaient le siége d'une dégénérescence cartilagineuse peu prononcée. Les cordons tendineux étaient assez fortement épaissis. Les organes encéphaliques et abdominaux étaient parfaitement sains. (*Northern journal of medicine*, avril 1845).

L'observation qui précède jette un jour tout nouveau sur les ruptures du cœur, en montrant la manière suivant laquelle procède la déchirure des fibres de cet organe, et en établissant, d'un autre côté, la possibilité de la mort subite, sans que le sang ait pénétré dans le péricarde et par conséquent sans hémorrhagie.

Rétrécissement du gros intestin (*Entérotomie pratiquée avec succès dans un cas de —; péritonite; mort deux mois après*); par le Dr J. Evans. — Un fermier âgé de 23 ans était affecté, depuis plusieurs années, d'une diarrhée qui survenait très-fréquemment. Au mois de septembre 1843, après avoir mangé une grande quantité de prunes sauvages, il fut pris de douleurs violentes dans le ventre, qui durèrent pendant treize heures, et qui ne disparurent que sous l'influence de plusieurs abondantes évacuations provoquées par des purgatifs. Il était parfaitement rétabli, lorsque, vers la fin de janvier suivant, les coliques reparurent et furent suivies d'évacuations aqueuses abondantes et fétides mêlées de scybales. Nouveaux accidents le 5 février. L'auteur le vit le 7. Il avait des douleurs vives dans le ventre, qui revenaient toutes les cinq ou dix

minutes. L'abdomen était extrêmement tendu, mais peu sensible à la pression; la région iliaque droite faisait encore saillie au-dessus de l'abdomen distendu; c'était là le point de départ des accidents; depuis deux jours il n'y avait pas d'évacuations. Le pouls était à 76, mou; la langue humide, nette; la peau fraîche et moite. Des purgatifs très-énergiques lui furent administrés, mais sans aucun résultat. Le 8, il eut des nausées et quelques vomissements. Le 9, on introduisit dans le rectum un tube élastique, qui pénétra à la profondeur de 18 pouces, et on injecta un lavement qui ramena très-peu de matières fécales. Du 9 au 12, l'état du malade présenta peu de variations. Le 12, il survint des vomissements stercoraux, des douleurs extrêmement vives dans l'abdomen, que l'on attribua à l'administration de l'huile de ricin, et que l'on réussit à calmer avec quelques gouttes de laudanum. Le 13, un lavement entraîna quelques portions de matières fécales et beaucoup de gaz. Le ventre diminua notablement de volume. Depuis cette époque jusqu'au commencement d'avril, l'abdomen commença de nouveau à se distendre; et quoiqu'on obtînt, tous les deux ou trois jours, l'évacuation d'une petite quantité de matières fécales, il était évident qu'il existait un obstacle matériel, puisque la distension du ventre, et la tuméfaction de la fosse iliaque en particulier, augmentaient tous les jours. Cependant les accidents marchaient et il importait de prendre un parti; le 25 mars, l'auteur avait déjà proposé au malade l'opération de l'entérotomie; mais ce ne fut que le 8 avril qu'elle fut pratiquée: or, depuis quatre jours il n'y avait pas eu d'évacuations alvines. Les circonvolutions de l'intestin grêle se dessinaient à travers les parois abdominales amincies; la fosse iliaque droite présentait surtout une tuméfaction énorme; les vomissements étaient bilieux et continuels; la langue sèche; la muqueuse buccale couverte d'aphthes; les jambes œdémateuses; le pouls misérable, irrégulier, à 124. L'opération fut faite par la méthode de Callisen, c'est-à-dire dans la région lombaire droite. Après avoir divisé le grand dorsal et le bord externe du muscle carré des lombes, l'auteur ouvrit l'intestin, qui était en contact immédiat avec l'aponévrose, et qui n'était pas entouré de graisse comme à l'ordinaire. Cette ouverture donna issue à une grande quantité de matières fécales demi-fluides, qui sortirent avec bruit. L'ouverture fut élargie dans une direction transversale; puis l'intestin fut fixé aux lèvres de la plaie, au moyen de cinq points de suture. Le tiers interne de la plaie fut fermé par un point de suture entortillé. Les matières fécales continuèrent à s'écouler par l'ouverture. Il n'y eut

plus de vomissements, et le soulagement fut immédiat. La difficulté de la respiration qui était survenue dans les premiers jours n'eut pas de suite; et à partir du 12 l'amélioration fut toujours progressive. Le 18, on passa un long tube dans le rectum, et l'injection que l'on fit dans cet intestin ne ramena que quelques parcelles de matières fécales. Le 6 mai, le malade avait déjà repris de l'embonpoint; son appétit était excellent, le pouls à 94; l'intestin se continuait immédiatement avec la peau. Tout alla bien jusqu'au 25 juin. Le malade avait placé sur l'ouverture une espèce de bouchon, qu'il ôtait quatre ou cinq fois par jour pour donner issue aux matières stercorales. Ce jour-là, l'auteur apprit que le malade avait eu des accidents d'indigestion, et des évacuations abondantes et bilieuses d'une odeur fétide; en même temps il avait de la fièvre. Le 28 juin, on apprit que, depuis une semaine, ce malade rendait une grande quantité d'urine pâle et aqueuse. La soif était vive, le pouls à 100. Le 4 juillet, l'auteur fut appelé auprès de ce malade: la prostration était extrême; il avait des douleurs atroces dans le ventre, des nausées, des vomissements brunâtres; l'abdomen était ballonné et très-sensible à la pression; le pouls faible, à 130; les extrémités froides et livides. Il mourut le lendemain.

Autopsie. — L'anus artificiel se présentait sous la forme d'une petite ouverture arrondie et froncée, qui pouvait avoir $5/8$ de pouce de diamètre. Ses bords étaient fermes et résistants; ils se confondaient, sans ligne de démarcation, avec les parties molles voisines qui étaient un peu entraînées en dedans. Un peu de sérosité dans la cavité abdominale. L'estomac et l'intestin grêle distendus par des gaz. La membrane muqueuse pâle, sans autre altération. Le péritoine qui tapisse les deux tiers inférieurs de l'intestin grêle était fortement injecté et d'une belle couleur rouge. Le cœcum, énormément distendu, était presque aussi volumineux que l'estomac. Le colon ascendant était aussi fortement dilaté. A $1/4$ de pouce du commencement du colon transverse, c'est-à-dire immédiatement au-dessus de l'angle formé par la réunion du colon ascendant et du colon transverse, l'intestin était rétréci dans l'étendue de près de 1 pouce: il n'avait que $3/4$ de pouce de diamètre, et il présentait une dureté cartilagineuse. La membrane séreuse du cœcum, du colon ascendant, et de la première moitié du colon transverse, présentait les traces d'une inflammation récente. Le colon ascendant avait été ouvert à 1 pouce et demi au-dessus du cœcum, dans les deux cinquièmes postérieurs qui n'étaient pas revêtus par le péritoine. Le cœcum et le colon ascendant renfermaient environ deux onces

de matières fécales brunâtres ; la membrane muqueuse également enflammée, et tapissée de mucus sanguinolent. Quant à la portion rétrécie du colon, elle était constituée par du tissu presque aussi dur que du cartilage, formée de fibres blanchâtres, compactes, disposées irrégulièrement autour de l'intestin. Le rétrécissement était porté si loin qu'il eût été difficile d'y faire pénétrer une plume de corbeau. La membrane muqueuse du rétrécissement était complétement détruite par une ulcération de mauvaise nature. Le colon transverse était fortement injecté, et sa membrane muqueuse tapissée d'une secrétion mucoso-purulente verdâtre, qui était plus abondante près du rétrécissement. La portion descendante de l'S du colon était vide et revenue sur elle-même. Les reins, plus volumineux qu'à l'ordinaire, ne présentaient d'autre altération qu'un peu de pâleur de la substance corticale. Le péricarde était adhérent au cœur dans toute son étendue. Ce dernier organe était hypertrophié. (*London med.-chir. transactions,* tome XXVIII ; 1845.)

Voici, si nous ne nous trompons, le onzième cas dans lequel on ait pratiqué, chez l'adulte, l'entérotomie suivant le procédé de Callisen, modifié par M. Amussat, pour un rétrécissement intestinal. Au premier abord, ce fait paraît très-favorable à ce mode de traitement; et on ne peut douter que les accidents si graves qui existaient au moment de l'opération aient été immédiatement conjurés. Mais, d'un autre côté, cet individu n'en a pas moins succombé à une péritonite trois mois après, circonstance qui établit clairement que ce n'est pas une chose parfaitement innocente qu'un anus contre nature. Loin de nous la pensée d'exclure complétement cette opération de la chirurgie pratique, et dans un cas aussi grave que celui qui fait le sujet de cette observation, nous serions les premiers à y recourir ; mais, d'un autre côté, il ne faut pas se dissimuler que l'on remplace une maladie grave par une infirmité affreuse ; enfin, que l'on ne guérit pas la maladie...

Obstétrique.

ACCOUCHEMENTS (*Coup d'œil sur les statistiques d'— publiées dans ces derniers temps*).— Nous avons inséré dans ce journal, il y a quelques mois (*Arch. de méd.,* 4[e] série, t. VI, p. 237), un résumé des cas d'accouchements qui ont eu lieu pendant un intervalle de onze années dans le service du D[r] Ramsbotham, à l'hospice royal d'accouchements de Londres: depuis cette époque, le D[r] R. a augmenté le cercle de ses recherches en publiant un relevé général qui comprend un

espace de seize ans. D'un autre côté, plusieurs professeurs d'accouchements, placés à la tête des plus grands hôpitaux de l'Europe, et même plusieurs accoucheurs renommés de l'Angleterre, animés par une louable émulation, ont fait connaître le résultat de leur pratique. Nous ne pouvons, pour notre part, qu'applaudir à de pareilles déterminations, et nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs tout ce que ces diverses recherches présentent de véritablement intéressant.

Sur 35,743 accouchements qui ont eu lieu depuis l'année 1828 jusqu'à l'année 1843, dans le service du Dr R., il y a eu 386 accouchements doubles et un seul triple. Ces accouchements ont donné lieu à la naissance de 36,131 enfants, dont 18,610 du sexe masculin (51 $^5/_{10}$ pour 100) et 17,521 du sexe féminin (48 $^5/_{10}$ pour 100).

Relativement aux présentations du fœtus, on trouve 35,096 présentations d'un point quelconque de la tête dans lesquelles sont comprises 141 présentations de la face et 6 de l'oreille; 930 présentations du siége ou de quelques parties des extrémités inférieures ; et 105 présentations transversales.

Des 36,131 enfants, 33,868 sont venus vivants; 2,263 morts.

166 femmes ont succombé, soit un mois après la grossesse, soit des suites de l'accouchement; mais 126 seulement à des causes puerpérales.

Dans 206 cas, le placenta était adhérent ou fut retenu dans la cavité utérine ; et dans 40, il se présentait en partie ou en totalité à l'orifice du col; dans 72 cas, la sortie du placenta fut suivie d'hémorrhagie.

Dans 87 cas, il fallut recourir à des moyens artificiels : 49 fois au forceps, 38 fois à la craniotomie, une seule fois à la version; dans 20 cas, on eut recours à l'accouchement artificiel prématuré.

Sur les 126 femmes qui succombèrent à des causes puerpérales, 56 moururent d'hémorrhagie, soit immédiatement, soit quelque temps après l'accouchement, 6 après la craniotomie, 3 après l'application du forceps; 2 de convulsions, 20 de péritonite; 8 de rupture de l'utérus, 1 de rupture du vagin; 8 de métrite, 2 d'inflammation diffuse du tissu cellulaire du bassin; et 5 de pneumonie, 4 de fièvre, 2 d'irritation intestinale, 3 de manie puerpérale, 3 d'apoplexie, 2 d'épuisement, et enfin 1 d'une manière subite.

Sur les 2,263 enfants mort-nés, 373 n'étaient pas à terme; 173 étaient putréfiés; 174 avaient présenté le siége, 61 une posi-

tion transversale, 7 présentations de la face ; 32 avaient succombé dans le cas de présentation du placenta ; 60 par suite d'hémorrhagie ; 37 à la suite de la crâniotomie, et 11 à la suite de l'application du forceps ; 20 présentaient des monstruosités ; 39 moururent après un travail prolongé, 12 après des convulsions, 19 après des accidents arrivés à la mère ; 109 à la suite de chute du cordon ; 9 à la suite de rupture du vagin ou de l'utérus ; enfin, dans les autres cas, on n'avait pas tenu compte des causes de la mort. (*London med. gaz.*, août 1844.)

— Le Dr F. de Billi, premier médecin de l'hospice d'accouchements de Milan, a publié, quelques mois après le Dr R., la statistique des accouchements qui ont eu lieu dans l'hôpital de cette ville, depuis l'année 1834 jusqu'à l'année 1843 inclusivement, c'est-à-dire pendant un intervalle de 10 années. Il résulte de ses recherches qu'il y a eu, à l'hôpital de Milan, 2,739 accouchements, dont 2,551 naturels, 173 terminés artificiellement et 15 provoqués avant terme ; de ces 2,739 accouchements, 34 ont été doubles ; il en est résulté 2,773 naissances, dont 1,477 garçons et 1,296 filles.

Sous le rapport des présentations, ces accouchements se sont divisés comme suit :

1° Présentations de l'extrémité céphalique			2,627
Présentations du vertex,	première position.	2,447	
	deuxième position.	163	
Présentations de la face,	première position.	11	
	deuxième position.	6	
2° Présentations de l'extrémité pelvienne			76
Présentations des pieds,	première position.	24	
	deuxième position.	8	
Présentations des fesses,	première position.	32	
	deuxième position.	12	
3° Présentations transversales			37

Sur les 15 accouchements provoqués, 12 l'ont été avant terme : 5 dans la première moitié du huitième mois, 5 dans la seconde moitié, 2 enfin au commencement du neuvième. De ces accouchements, un seul a été fatal à la mère, et il en est résulté 11 enfants vivants, dont 2 ont cependant succombé apoplectiques, quelques heures après leur naissance. L'accouchement prématuré a été nécessité 9 fois par un rétrécissement du bassin, 2 fois par une suffocation imminente et 1 fois par l'insertion du placenta sur le col.

Dans 51 cas, on a pratiqué la version ; et sur ce nombre, dans

41 cas de présentation transversale. Le levier n'a été employé qu'une seule fois, dans un cas de déflexion et d'enclavement de la tête. Le forceps a été appliqué dans 62 cas : 39 fois pour des rétrécissements ou disproportions du bassin ; 14 fois pour des convulsions ; 7 fois pour rigidité des parties molles. L'auteur a fait remarquer à ce sujet qu'il avait fait l'application du forceps dans des cas très-variés de rétrécissement, depuis 2 pouces 10 lignes jusqu'à 3 pouces $^3/_4$; dans le premier cas, parce que la tête était moins volumineuse qu'à l'ordinaire ; dans le deuxième cas parce qu'elle était, au contraire, beaucoup trop grosse (4 pouces dans son diamètre bipariétal, et 4 pouces $^1/_2$ dans son diamètre cervico-bregmatique). Ce sont là des exceptions qui, bien que peu fréquentes, doivent être prises en considération, parce qu'elles prouvent que dans l'art obstétrical on ne peut pas toujours s'astreindre à l'observation des règles généralement reçues.

Dans 39 cas, on a été forcé de vider le crâne, et, circonstance plus remarquable, dans 4 cas de présentation par les pieds, et même dans un cas de présentation de l'épaule.

Dans deux cas où la rigidité du col utérin s'opposait à l'accouchement, deux petits débridements multiples, pratiqués sur les lèvres du col, ont amené une terminaison rapide et heureuse.

La gastro-hystérotomie a été pratiquée 18 fois : 3 fois chez des femmes qui venaient de mourir, et par conséquent sans aucun succès pour la mère ni pour l'enfant ; 15 fois pendant la vie pour des rétrécissements du bassin, variant entre 1 pouce 3 lignes et 2 pouces 5 lignes. Sur ces 15 opérations, une seule a été suivie de guérison au bout de trente-six jours. Cette femme devint de nouveau enceinte deux ans après et mourut de l'opération. A l'autopsie, on trouva une cicatrice linéaire de la matrice, à la distance d'un demi-pouce de la seconde incision. Au reste, deux des femmes qui furent soumises à l'opération césarienne avaient eu déjà des enfants, une 1 seul et l'autre 6. Chez cette dernière, le bassin s'était déformé par ostéomalacie depuis son dernier accouchement.

Sur les 2,739 femmes, 229 ont succombé : 113 de métro-péritonite, 23 d'anasarque, 2 de rupture de l'utérus, 2 de gangrène des parties génitales, 1 de métrorhagie, et 88 de causes diverses.

L'auteur a fait suivre son travail de mesures exactes qu'il a prises sur 37 bassins mal conformés. De ces 37 bassins, 2 seulement étaient augmentés dans tous leurs diamètres, et 35 rétrécis (29 à la suite de rachitisme et 6 par ostéomalacie). Sur ces 35 cas de ré-

trécissement, une seule fois l'accouchement s'est terminé par les seuls efforts de la nature; 4 fois il a fallu appliquer le forceps; 12 fois pratiquer la crâniotomie, et 18 fois l'opération césarienne. Le défaut d'espace nous empêche de reproduire en détail toutes ces mesures. Nous allons nous borner à quelques extraits :

Détroit supérieur.

		Circonférence.		Diam. ant.-post.		— oblique.		— transv.	
		p.	l.	p.	l.	p.	l.	p.	l.
Bassin amplifié,	maximum.	17	9	5	»	5	4	5	8
	minimum.	16	9	4	4	5	2	5	8
Bassin rétréci,	maximum.	10	6	1	2	3	8	3	6
	minimum.	15	»	4	»	5	»	5	6

Détroit inférieur.

		Diam. sacro-pub.		— bis-isch.		— sacro-isch.	
		p.	l.	p.	l.	p.	l.
Bassin amplifié,	maximum.	4	5	4	9	3	4
	minimum.	4	1	4	4	2	»
Bassin rétréci,	maximum.	3	2	4	8	3	6
	minimum.	5	»	2	5	2	»

Grand bassin.

		D'une épine iliaque antérieure à l'autre.		Du milieu de la crête au même point du côté opposé.		De l'épine ant. à la post. corresp.	
		p.	l.	p.	l.	p.	l.
Bassin amplifié,	maximum.	10	2	3	8	6	8
	minimum.	9	3	3	8	6	»
Bassin rétréci,	maximum.	6	3	2	3	4	8
	minimum.	9	8	3	8	5	9

Petit bassin.

		Du détroit supér. à la tub. ischiatique.		De la base du sacrum à la pointe.		Profondeur de la courbe du sacrum.	
		p.	l.	p.	l.	p.	l.
Bassin amplifié,	maximum.	3	11	4	6	1	1
	minimum.	3	8	4	3	»	7
Bassin rétréci,	maximum.	2	1	1	8	1	7
	minimum.	4	»	4	8	6	2

(*Annali univ. di med.*, août 1844.)

Le docteur E.-W. Murphy, professeur d'accouchements à l'université de Dublin, et médecin accoucheur de l'hôpital de l'université, a également publié le résultat de sa pratique; mais il ne s'est pas borné à faire connaître seulement ce qui a trait à l'accouchement proprement dit : il a fait de nombreuses recherches statistiques relativement à la grossesse et à la menstruation.

Les recherches statistiques relatives à l'obstétrique proprement dite portent sur 467 cas d'accouchements qui ont produit 248 enfants mâles et 222 enfants femelles; en tout 470 (3 accouchements doubles).

Sur ces 467 accouchements, 459 ont été naturels et 8 terminés artificiellement, 4 par le forceps, 2 par la crâniotomie, et 2 par la version.

Les présentations du fœtus se sont réparties de la manière suivante : 447 présentations du vertex, 7 présentations de la face, 6 présentations des pieds, 2 présentations du bras et de l'épaule, 8 présentations non indiquées.

Sur les 467 femmes, 454 se sont rétablies rapidement, et 10 lentement; 3 seulement sont mortes, 2 de fièvre puerpérale, et 1 de choléra.

Sur les 470 enfants, 443 sont venus vivants; 37 morts, dont 4 avant terme, 4 putréfiés, 3 de prolapsus du cordon, 2 de présentation de l'épaule avec hémorrhagie, le reste de causes diverses.

L'auteur a tenu compte de l'époque à laquelle s'est opéré le décollement du placenta. Il résulte de ses recherches que le placenta a été expulsé en une heure, dans 362 cas; au bout de deux heures, en 25 cas; au bout d'un intervalle plus long, dans 23 cas; la délivrance artificielle a été pratiquée en 21 cas.

Sous le point de vue de la *menstruation*, l'auteur a tenu note avec soin de l'âge auquel les règles avaient paru pour la première fois, de leur intervalle ordinaire et de l'époque à laquelle elles s'étaient montrées pour la dernière fois avant la grossesse. Ces recherches établissent, conformément aux observations qui avaient déjà été faites par M. Roberton et par M. Brierre de Boismont, qu'il y a une très-grande variété relativement à l'époque de la première apparition des menstrues : 9 ans et 23 ans sont les termes extrêmes; mais c'est ordinairement de 12 à 18 ans qu'elles se montrent pour la dernière fois ; et dans les cas rassemblés par le docteur Murphy, les règles sont survenues le plus souvent vers l'âge de 15 ans. Lorsqu'elles ont paru plus tôt, elles se sont suspendues ponr ne reparaître qu'au bout de quelque temps, et après un intervalle assez long. Quant aux périodes cataméniales, elles sont le plus souvent de vingt-huit jours (496 sur 591), quelquefois de vingt et un jours (77 sur 591).

Sous le point de vue de la *grossesse*, l'auteur a cherché à éclairer ce qui a trait à sa durée. Pour cela, il a calculé le nombre de jours

qui se sont écoulés entre la dernière apparition des règles et l'époque de la délivrance, dans tous les cas où les femmes étaient certaines de l'époque précise à laquelle les règles s'étaient montrées pour la dernière fois. Pour éviter toute cause d'erreur, l'auteur a toujours déduit de ce nombre le nombre de jours compris entre chaque époque menstruelle, et supposé que la grossesse datait du moment précis où les règles allaient paraître. Les résultats auxquels il est arrivé établissent que la durée de la grossesse est, terme moyen, de 301 jours; mais le plus souvent cette durée varie entre 280 et 285. La plus courte durée a été de 261 jours, et la plus longue de 314 et de 324, déduction faite des vingt-huit jours de l'intervalle menstruel. (*Dublin journal*, novembre 1844.)

L'administration de l'hospice d'accouchements de Birmingham a fait connaître le résultat des accouchements qui ont eu lieu dans cet hôpital pendant l'année 1844. Ces accouchements sont au nombre de 650, qui ont donné naissance à 660 enfants, dont 373 garçons et 287 filles (6 accouchements doubles et 2 triples). Sur les 660 enfants, 30 sont venus morts; et sur les 650 femmes, 6 ont succombé, 4 de fièvre puerpérale, 1 d'hémorrhagie utérine, et 1 de dégénérescence de l'utérus.

Sous le point de vue des présentations, on trouve notées dans ce rapport: 13 présentations de la face, 17 présentations du siége, 2 présentations des pieds, 4 présentations du bras; parmi les accidents signalés: 4 cas de présentation du placenta ou d'adhérences, 8 cas d'hémorrhagie grave.

Dans 4 cas, le travail a été terminé artificiellement par l'application du forceps. Terme moyen, le travail a duré 7 heures 1/10 (*The Lancet*, mars 1845.)

Le Dr John Toogood, l'un des accoucheurs les plus renommés de Bridgewater, est un des premiers qui aient eu l'idée de publier le relevé de sa pratique. Ce relevé comprend 7 années et 1,135 accouchements, la plupart naturels. Sur ce nombre on compte 8 cas de présentation de la face, dont 5 se sont terminés naturellement, 1 autre par la version, 1 autre par le prolapsus du cordon, enfin 1 dernier par la rupture de l'utérus; 11 présentations des fesses, 3 présentations des pieds, 4 présentations du bras.

Parmi les accidents qui accompagnent souvent la parturition, l'auteur a signalé 21 cas d'hémorrhagie grave, 1 cas de présentation du placenta, 21 cas d'adhérences ou de rétention du placenta, 2 cas de rupture du vagin, 1 cas de rupture de l'utérus, et 1 cas de convulsions puerpérales.

Dans 15 cas, l'accouchement a été terminé artificiellement par l'application du forceps (et tous les enfants sont venus vivants); dans 6 cas, par la perforation du crâne: 3 femmes ont succombé. Des 3 femmes qui se sont rétablies, l'une était en travail depuis cinq jours, et la difformité était telle qu'il fallut recourber le perforateur en demi-cercle, afin de pouvoir atteindre la tête qui était arrêtée par la saillie du *sacrum*. On retira l'enfant par morceaux et avec beaucoup de peine; cependant le rétablissement fut rapide. (*Provincial med. and surg. journal*, mai 1844.)

Quelque temps après le Dr T., un des accoucheurs les plus renommés de la ville de Glasgow (Ecosse), le docteur Maxwell Adams, a publié, sous le nom de *Souvenirs d'obstétrique*, un relevé de nombreux accouchements, qu'il a vus dans sa pratique, ou pour lesquels il a été appelé par d'autres médecins; dans un intervalle de quelques années, l'auteur a assisté à 628 accouchements dont 10 doubles et 1 triple.

Sous le rapport des présentations, la position exacte de la tête n'a pas été notée dans tous les cas de présentation de cette portion de l'ovoïde fœtal. Sur 301 cas dont l'auteur a tenu note, il signale 291 positions occipito-cotyloïdiennes gauches, 1 occipito-cotyloïdienne droite, 8 fronto-cotyloïdiennes gauches, 1 présentation de la face. Parmi les présentations de l'extrémité inférieure, 18 présentations des fesses, 2 présentations des pieds, enfin 2 présentations transversales.

Dans 28 cas, l'accouchement a été terminé artificiellement: 14 fois par l'application du forceps ou du levier, 4 fois par le perforateur ou le crochet, 9 fois par la version podalique, 1 fois par l'hystérotomie vaginale.

L'application du forceps a été nécessitée le plus souvent par la disproportion entre la tête du fœtus et le bassin de la mère (un tiers des cas) et par l'inertie de la matrice (4 sur 14).

La perforation du crâne et l'application du crochet ont eu lieu dans 2 cas de rétention de la tête dans le petit bassin, après la sortie du tronc; dans un cas de perforation transversale, où la version n'avait pu être exécutée; enfin dans un cas d'ossification prématurée de la tête et d'enclavement.

La version podalique a été pratiquée 5 fois pour présentation du bras, 3 fois pour présentation du placenta, 1 fois pour la chute du cordon.

Sur les 640 enfants nés dans les accouchements dont il est parlé plus haut, 27 sont venus morts, 10 putréfiés ou avant terme,

et 17 paraissant avoir succombé dans le travail : 5 femmes seulement ont succombé.

Parmi les 443 enfants venus vivants, 18 présentaient quelques maladies congénitales : 4 des éruptions syphilitiques, 7 des hernies ombilicales ou inguinales, 3 des céphalæmatomes, 2 des pieds-bots, 2 autres un double bec-de-lièvre avec division de la voûte palatine et des fractures des membres. (*Lond. and Edinb. monthly journal*, novembre 1844.)

Dans ces derniers temps, un accoucheur des plus distingués d'Édimbourg, le professeur Campbell, a également publié des recherches de ce genre. L'auteur a fondé ses recherches statistiques sur 5,754 accouchements qui ont donné lieu à 2,901 enfants mâles et 2,919 femelles. Le sexe des autres enfants n'est pas rapporté.

Sous le rapport des présentations : sur 1,310 accouchements qui ont eu lieu pendant une période de 4 ans 1/2, il y a eu 1,244 présentations de la tête, dont 977 occipito-cotyloïdiennes gauches, et 263 occipito-cotyloïdiennes droites. Dans les autres cas, le fœtus présentait une autre portion de l'ovoïde ; ou bien on était arrivé trop tard pour constater la position. Dans 172 cas, on a eu recours à l'application du forceps, et dans 16 de ces cas les fœtus étaient mort-nés. Les 4 femmes ont succombé.

L'utérus s'est rompu 8 fois, et tous ces cas de rupture se sont terminés d'une manière funeste, à l'exception d'un seul, dans lequel la déchirure portait sur la partie inférieure et supérieure du col de l'organe, et sur la partie supérieure du vagin. (*Northern journal of med.*, juin 1845.)

Enfin, dans ces derniers temps, le Dr James Reid, médecin de l'infirmerie de Saint-Giles et de Saint-Georges, et du dispensaire du Nord, a publié la statistique des accouchements, au nombre de 1771, qui ont eu lieu dans ces hôpitaux pendant les trois dernières années. Ces accouchements, joints à ceux qui avaient eu lieu dans la période précédente de trois ans, au nombre de 3,920, forment un total de 5,691. Sous le rapport des présentations du fœtus, ces accouchements offrent 5,443 présentations du vertex, 161 des fesses ou des extrémités inférieures, 29 de l'épaule ou du bras, 25 de la face, 1 de l'abdomen, et 31 du cordon.

Parmi les accidents qui y sont signalés, l'auteur a noté 11 cas de convulsion puerpérale, 2 cas de rétroversion de l'utérus, 2 de rupture de l'utérus, 8 de présentation du placenta, 32 d'hémorrhagie avant le décollement du placenta, et 40 d'hémorrhagie consécutive à ce décollement.

Dans 58 cas, il a fallu recourir au décollement artificiel du placenta, dans 31 au forceps, dans 22 à la crâniotomie, dans 28 à la version; enfin, dans 2 cas, l'accouchement s'est terminé par l'évolution spontanée.

Sur les 1771 cas qui servent de base au rapport du Dr Reid, 24 étaient des cas d'accouchement double, et, par suite, ces 1771 accouchements ont donné lieu à 1795 naissances, dont 886 du sexe masculin et 909 du sexe féminin.

Sur ce nombre, 191 enfants étaient mort-nés; proportion très-considérable, mais qui s'explique par la vie irrégulière de la plupart de ces femmes, et surtout par la naissance prématurée d'un grand nombre de ces enfants (88). (*London med. gaz.*, août 1845.)

Malgré ce que ces divers relevés présentent d'incomplet, ils renferment cependant des documents importants sur plusieurs points de l'obstétrique; et nous avons pensé qu'il ne serait pas sans quelque utilité d'en grouper les résultats, principalement sous le rapport des présentations, des complications et de la multiplicité des accouchements. Voici ce que nous avons trouvé :

Sur 47,116 accouchements, il y a eu 446 accouchements doubles (9 $^{1}/_{10}$ pour 1,000) et 4 accouchements triples (1 sur 10,000).

Sous le rapport des présentations, il y a eu sur 41,452 accouchements : 40,233 présentations de la tête (969 pour 1,000), dont 40,046 du vertex (966 pour 1,000) et 187 de la face (3 pour 1,000); 1,065 présentations du siége ou des extrémités inférieures (27 pour 1,000), et 154 présentations transversales (4 pour 1,000).

Sur 47,116 accouchements, 46,632 se sont terminés naturellement (989 pour 1,000); 484 ont été terminés artificiellement (11 pour 1,000); 321 par application du forceps, 89 par la crâniotomie, 54 par la version podalique, 20 par l'hystérotomie vaginale ou utérine.

Toxicologie. — Médecine légale.

Empoisonnement par la sabine; obs. par le Dr H. Letheby, professeur de chimie à l'Université de Londres. — Une jeune femme de 21 ans, qui était parvenue à un état de grossesse assez avancée, soupa, dans la nuit du 22 avril dernier, avec sa mère et son amant. Elle était gaie et bien portante. A trois heures du matin, elle se réveilla en accusant des douleurs violentes dans l'estomac et des nausées; puis elle tomba dans un état d'insensibilité complète. Lorsque le docteur Newth fut appelé à onze heures du matin, il la trouva couchée sur le dos, insensible à tous les

agents extérieurs; la respiration était stertoreuse; écume à la bouche, gonflement de la face, les paupières abaissées, et l'iris fortement contracté; les membres étaient en proie à de violentes convulsions. La mère de cette femme avertit le Dr Newth qu'elle croyait sa fille en travail; le col était encore fort peu dilaté; les membranes furent rompues, et l'utérus commença à se contracter avec énergie au milieu de convulsions générales. Pensant qu'il s'agissait d'une éclampsie puerpérale, le Dr Newth saigna la malade, lui fit appliquer de la glace sur la tête, mais sans pouvoir lui rendre la connaissance. Bientôt il sentit que la tête du fœtus se présentait et descendait peu à peu dans l'excavation. Vers trois heures de l'après-midi, pendant que le travail marchait d'une manière normale, cette malheureuse femme poussa un profond soupir et expira. Alors le Dr Newth appliqua le forceps et entraîna au-dehors un enfant mâle qui était mort. L'*autopsie* eut lieu vingt-quatre heures après. Le corps ne présentait aucune trace de violence; les vaisseaux de la surface du cerveau étaient gorgés de sang noir et fluide, la substance cérébrale infiltrée çà et là de petits caillots de sang noirâtre; les poumons un peu congestionnés dans leur partie déclive; l'estomac était un peu plus pâle qu'à l'ordinaire, excepté dans un ou deux points, qui semblaient être le siége d'une infiltration sanguine. Ce viscère renfermait environ 4 onces d'un liquide brun verdâtre foncé, répandant une odeur de matière digérée, et offrant une réaction acide; une partie de ce liquide fut soumise à la distillation dans une cornue: on en obtint un fluide trouble et opaque, qui avait le goût et l'odeur de l'huile de sabine. Examiné au microscope, on reconnut qu'il renfermait de petits globules huileux; repris par l'éther, ce liquide devenait instantanément transparent; par l'évaporation, on obtenait de petites gouttes d'une huile jaunâtre, qui offrait tous les caractères physiques de l'huile de sabine; en comparant sous le microscope le sédiment qui était resté au fond de la bouteille, dans laquelle avait été renfermé le liquide contenu dans l'estomac, avec de la poudre de la plante sèche, on reconnaissait qu'ils offraient tous deux le même aspect. En séparant par l'éther le résidu qu'on trouvait sur le filtre, on obtint une solution verdâtre, qui renfermait de la résine et de la chlorophylle. Dans le but de s'assurer des résultats qu'avait donnés son analyse, le Dr Letheby fit de nouvelles expériences avec un peu de poudre de sabine, et il obtint les mêmes résultats que ceux qu'avait donnés l'analyse du liquide trouvé dans l'estomac. (*The Lancet*, juin 1845.)

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE HYDROCYANIQUE (*Obs. d'* —

dans lequel on a reconnu après la mort la présence du poison dans le sang et dans la sérosité des ventricules du cerveau); par le Dr T. Nunneley.—Le 27 mai 1845, on fit une enquête à Leeds, sur la mort d'un individu qui avait succombé très-rapidement. On apprit qu'il avait acheté chez un droguiste 1 once d'acide hydrocyanique; qu'il était entré ensuite dans une taverne qu'il avait l'habitude de fréquenter; qu'il avait monté les escaliers, et qu'on l'avait trouvé, quelque temps après, couché sur un sopha, et déjà sous l'influence du poison. En entrant dans la pièce, on l'aperçut couché sur le dos; mais, lorsqu'il vit entrer quelqu'un, il s'assit immédiatement sans prononcer une parole. Cette personne, qui était entrée dans la chambre, redescendit; mais sur une réflexion qui lui fut faite par le maître de l'établissement, elle remonta dans la pièce, et retrouva ce malheureux couché dans la même situation, mais seulement sur le côté droit, et la tête appuyée sur un coussin: aux premières questions qui lui furent adressées, il ne répondit d'abord rien, quoiqu'il eût toute sa connaissance; mais, quelques instants après, lorsqu'on lui demanda s'il voulait qu'on allât chercher un médecin, il répondit qu'il était trop tard. Il s'était écoulé environ trois minutes entre le temps où cet individu était entré dans l'établissement, et celui où on l'avait aperçu couché sur le sopha. Le Dr Nunneley arriva douze minutes après, de sorte qu'il ne s'était pas écoulé plus d'un quart d'heure entre l'ingestion du poison et l'arrivée du médecin; il le trouva couché sur le côté droit, vivant encore, mais sans connaissance et sans parole; de l'eau froide qui lui fut jetée sur le corps détermina une profonde inspiration. Soupçonnant enfin que ce pouvait être un empoisonnement par l'acide prussique, l'auteur administra de l'ammoniaque, du chlore, fit faire des affusions froides, et mettre les pieds dans de l'eau extrêmement chaude; malgré cela, les forces commencèrent à décroître: les membres supérieurs et inférieurs, ainsi que les muscles de la poitrine, ne tardèrent pas à se convulser; les mâchoires étaient fortement serrées; les yeux brillants, vitreux et proéminents; la face gonflée et livide avec de l'écume à la bouche; la respiration lente et convulsive, les mains serrées. La mort n'eut lieu qu'une demi-heure après, et par conséquent quarante-deux minutes après l'ingestion du poison. On trouva, dans la poche de cet individu, une bouteille d'une once, qui portait l'étiquette d'*acide de Scheele*. Elle contenait encore 2 drachmes et demi d'acide à 1 demi pour 100, et par conséquent un acide qui n'avait que le tiers de la force de la préparation au titre de laquelle il avait été acheté. Le corps fut examiné cinq

heures et demie après la mort; il était encore chaud. Les parties déclives étaient livides, et les veines superficielles gorgées de sang. En ouvrant l'abdomen, l'odeur d'acide hydrocyanique se répandit dans toute la pièce. L'estomac renfermait un peu plus d'une demi-pinte d'un liquide qui répandait une odeur acide, jointe à celle des amandes amères. La membrane muqueuse de l'estomac était couverte d'une couche épaisse de mucus rouge et injectée; mais peut-être devait-on attribuer cette turgescence des vaisseaux à la digestion. La membrane muqueuse de l'intestin était parfaitement saine, et l'on n'y trouvait nulle part l'odeur de l'acide prussique. Dans le thorax, l'odeur était bien moins prononcée; les poumons étaient gorgés de sang noir dans leur partie déclive; les cavités du cœur et des gros vaisseaux pleines de sang noir fluide; les vaisseaux du cerveau également distendus par du sang liquide; la substance cérébrale ferme et élastique; il n'y avait aucune trace d'épanchement dans la pie-mère ni dans les ventricules. L'analyse chimique, qui fut faite par M. West, donna les résultats suivants: le liquide renfermé dans l'estomac répandait, au bout de vingt-quatre heures, une odeur d'acide prussique très-prononcée; une goutte de dissolution de nitrate d'argent jetée sur une partie de cette liqueur donna immédiatement lieu à un précipité blanc, soluble dans l'ammoniaque. Par la distillation, on obtint un liquide qui donna un abondant précipité de bleu de Prusse. La quantité d'acide trouvé dans l'estomac équivalait à 4 grains d'acide anhydre, ou à 27 grains de l'acide trouvé dans la bouteille. Le liquide renfermé dans l'intestin grêle, le sang artériel, et la sérosité des ventricules du cerveau, précipitaient le nitrate d'argent en blanc; cependant, par la distillation, on ne put obtenir l'acide hydrocyanique. Quant au sang veineux, il ne produisait aucun changement dans la solution de nitrate d'argent. (*London med. gaz.*, août 1845.)

Cette observation présente quelques lacunes, en ce sens que l'on ne sait ni à quelle époque précise a eu lieu l'ingestion du poison, ni la quantité ingérée; elle n'en offre pas moins beaucoup d'intérêt: ainsi elle démontre que la perte de la connaissance et de la volonté ne suit pas immédiatement l'administration de l'acide hydrocyanique: non-seulement l'individu a pu se lever, mais il a répondu raisonnablement à une question qui lui a été adressée; en outre il n'a présenté ni le cri caractéristique, ni les convulsions violentes que la plupart des auteurs ont rapportés à l'empoisonnement par l'acide hydrocyanique. Nous signalons encore comme un fait intéressant la présence probable de cet acide dans le sang artériel

et la sérosité des ventricules du cerveau. Nous terminerons ces réflexions en nous félicitant des obstacles que les lois françaises apportent à la vente d'un poison aussi actif que l'acide hydrocyanique. Aussi n'avons-nous pas à déplorer un aussi grand nombre d'empoisonnements par cet agent toxique; tandis que, en Angleterre, ces accidents augmentent dans une proportion effrayante.

Empoisonnement par l'acide oxalique; obs. par le Dr J. Ogilvy. — Le 3 août dernier, l'auteur fut appelé auprès d'une dame âgée de 43 ans, qu'il trouva dans un état presque désespéré. Il apprit que trois heures auparavant elle avait parfaitement dîné, et qu'elle s'était occupée ensuite à lire. Sa sœur, qui avait dîné avec elle, ne l'avait quittée que depuis quelques minutes; mais quand elle rentra, elle la trouva en proie à des syncopes et à des vomissements. Elle mourut trois minutes après. Une mort aussi rapide appela l'attention de l'autorité; et l'autopsie eut lieu le lendemain. Le corps était amaigri; la bouche et la langue paraissaient blanchies sans être corrodées; le cerveau était sain; le cœur légèrement dilaté; le foie augmenté de volume; l'estomac était dans un état de décomposition générale; les parois étaient molles et friables, au point qu'il fut très-difficile de placer une ligature sur les orifices. Il était rempli à demi d'une matière brunâtre et comme gélatineuse, qui avait un goût éminemment acide; les parois de cet organe étaient pâles, et sur cette surface se dessinaient des vaisseaux sanguins noirâtres et pleins de sang coagulé. L'orifice cardiaque et la portion inférieure de l'œsophage étaient comme réduits en bouillie. Le liquide fourni par la filtration des matières contenues dans l'estomac rougissait le papier de tournesol; donnait avec le nitrate d'argent un précipité blanc, qui se redissolvait dans un excès d'acide; par l'eau de chaux, un précipité également blanc, qui se redissolvait dans l'acide nitrique; enfin par le sulfate de cuivre, un précipité blanc verdâtre. On en conclut que la mort était le résultat d'un empoisonnement par l'acide oxalique. Quelques jours après, on retrouva dans la chambre de cette dame environ 1 once et demie d'acide oxalique plié dans un papier froissé, qui probablement avait été porté dans la poche pendant quelque temps. (*The Lancet*, août 1843.)

On ne connaissait encore aucun cas de mort aussi rapide, à la suite d'un empoisonnement par l'acide oxalique. Il est évident, par la surveillance qu'on exerçait continuellement sur cette dame, qu'elle n'avait pu avaler le poison que dans l'intervalle de l'absence de sa sœur, qui n'avait duré que quelques minutes; par conséquent,

la mort était survenue environ trois minutes après l'ingestion de l'agent toxique. Christison a rapporté, comme un exemple très-remarquable, un cas de mort dix minutes après l'ingestion du poison. Le fait du Dr Ogilvy est encore plus extraordinaire.

BULLETIN.

TRAVAUX ACADÉMIQUES. — VARIÉTÉS.

I. *Académie royale de médecine.*

Eaux minérales. — Dystocie par monstruosité bicéphale du fœtus. — Puissance et bornes de la médecine. — Typhus épidémique de Toulon. Recrutement de l'Académie. — Nomination de correspondants.

Tout est heureusement rentré dans l'ordre, à l'Académie, le mois dernier. La chirurgie avait cessé ses combats à propos d'injections vineuses et d'injections iodées. La Société a repris ses tranquilles travaux; et n'était le rapport d'un honorable membre sur un sujet de haute métaphysique médicale, rapport qui a manqué mettre le feu aux étoupes, mais qui du moins nous a valu de précieuses tirades vitalistes de M. Castel, et quelques pointes philosophiques assez amusantes de M. Rochoux, nous aurions passé le mois dans ce calme plat qui sied si bien à une assemblée académique.

1° Nous signalerons un excellent travail de M. O. Henri, intitulé : *Coup d'œil général et résumé sur l'état actuel des eaux minérales naturelles considérées sous le point de vue chimique.* C'est un rapport officiel fait au nom de la commission des eaux minérales. La commission, qui doit chaque année à l'Académie un travail sur les divers établissements thermaux de France, sur les résultats thérapeutiques obtenus dans chacun d'eux, etc., n'a pas trouvé dans les rapports envoyés par les inspecteurs des documents suffisants pour en faire la matière d'un compte rendu général; et elle a décidé, à défaut de faits thérapeutiques nouveaux et importants, de présenter un aperçu sur les eaux minérales envisagées au point de vue chimique. Le rapporteur naturellement désigné devait être le chimiste distingué qui fait partie de la commission. Il serait difficile de donner un extrait de ce travail substantiel, dans lequel l'auteur a cherché à faire voir l'utilité de l'analyse chimique pour la juste appréciation des eaux minérales, a signalé les progrès acquis sous ce rapport, l'insuffisance de l'analyse dans quelques cas, et les erreurs mêmes auxquelles elle a pu donner lieu.

Tout en admettant, avec M. O. Henri, l'utilité de cette analyse chimique, nous n'y attachons pas, nous l'avouons, tout à fait la même importance au point de vue de la médecine : nous préférerions un certain nombre d'observations comparatives, bien faites, sur les propriétés médicales, si incertaines, si mal définies, des eaux minérales, à la connaissance la plus profonde de leur composition chimique, qui, en définitive, n'apprend rien sur les résultats thérapeutiques qu'on peut en attendre. Il faut espérer qu'un jour viendra où l'autorité et la commission de l'Académie exigeront des préposés à la direction médicale des eaux minérales autre chose que de mauvaises statistiques qui ne prouvent rien du tout.

2° Dans l'une des séances du mois précédent, M. Capuron avait lu un rapport sur un cas d'accouchement laborieux, emprunté, par M. Chrestien (de Montpellier) à un journal espagnol, et communiqué par ce dernier à l'Académie. Dans cette observation, qui manque malheureusement de détails convenables, il s'agit d'une jeune femme parvenue au terme d'une deuxième grossesse, et chez laquelle un monstre à deux têtes mettait obstacle à la terminaison de l'accouchement. Le médecin qui était auprès de la malade, après avoir reconnu que le cerveau ne battait plus, par conséquent que l'enfant était mort, après avoir fait des tentatives inutiles pour arracher la première tête, se décida à la couper. La seconde tête se présentant alors avec un bras, il fit l'ablation de ce bras, et l'arrachement eut lieu ensuite sans difficulté. L'honorable rapporteur, après avoir attaqué, avec quelque raison, la méthode vicieuse suivie par l'accoucheur espagnol, avait été jusqu'à considérer la mutilation de l'enfant, dans les cas de monstruosité, comme une chose irrationnelle et coupable; *car rien ne prouve*, ajoutait-il, *que cet enfant ne fût pas vivant*. Dans une courte discussion dont ce rapport a été suivi, M. P. Dubois a rétabli les vrais principes; il a très-bien démontré que, si les mutilations ne doivent jamais être effectuées que dans le cas de nécessité absolue, d'un autre côté, la mutilation était, dans ce cas particulier, le seul moyen de sauver la mère. Comment d'ailleurs, a dit M. P. Dubois, mettre en parallèle avec l'existence de la mère la vie si problématique de ces enfants monstrueux qui sont presque toujours mort-nés, et qui, lorsqu'ils sont venus vivants, ont mené une vie courte et misérable, quand ils n'ont pas été l'objet d'une honteuse et immorale spéculation?

3° M. Bousquet a lu un rapport sur un mémoire du Dr Cipriani, écrit en langue italienne, et ayant pour titre : *Virtù e limite della*

medicina : De la puissance de la médecine et des limites de cette puissance. L'auteur avait dit en commençant que la science qui dicte les préceptes de l'art repose sur le double pivot de l'observation et du raisonnement : remarque point neuve assurément. A ce propos, M. le rapporteur, en disciple fervent de Montpellier, saisit l'occasion de faire une petite leçon à Paris, qui a là-bas la mauvaise réputation de très-peu raisonner, même de ne pas raisonner du tout, et qui, de plus, n'a pas en grande estime le raisonnement de certains auteurs de Montpellier :

Et le raisonnement en bannit la raison.

M. Bousquet concède qu'il faut observer, qu'on ne saurait trop observer ; mais... « Il faut, dit-il, voir la nature à l'œuvre pour apprendre à la connaître ; mais il faut méditer sur ses opérations pour lui dérober ses lois : ou la science sera toujours à faire ! ! Le nombre des faits est moins essentiel que leur exactitude. Rappelez-vous que la médecine est née dans une petite île de la Grèce, que Scarpa pratiquait dans une ville peu étendue, et que Jenner, praticien de campagne, n'avait que dix-sept faits quand il a donné la vaccine au monde... (Eh ! monsieur, nous ne sachons pas qu'à Paris on répudie Hippocrate, Scarpa et Jenner. Paris n'a pas repoussé de son sein Laennec et l'auscultation, quoique toutes les conséquences de son admirable découverte ne soient pas appuyées sur un nombre infini d'observations. On y admet donc les méditations des hommes de génie, et même celles d'hommes moins puissants qui apportent à la science un tribut plus modeste ; mais l'on y repousse, et à juste droit, ces méditations abstruses, creuses, qui ne produisent rien du tout. Où sont donc, puisque vous mettez si haut la méditation, où sont toutes les lois que vos penseurs privilégiés ont dérobées, comme vous dites, à la nature ? où sont tous les progrès qu'ils ont fait faire à la science ? Vous confondez tout à plaisir dans vos attaques contre l'école de Paris, ou plutôt contre certaine école dont l'inévitable domination logique vous poursuit. Eh ! certainement, l'exactitude des faits doit être en première ligne, et le nombre n'est pas essentiel pour la découverte de certaines lois ; mais il l'est pour d'autres lois..... Faut-il répondre pour la millième fois à ce futile reproche, sans cesse reproduit et adressé par M. Bousquet à la même école, d'accumuler les observations sans résultat théorique ? Que M. Bousquet lise le beau discours que M. Louis a inséré en tête des *Mémoires de la Société d'observation*, il verra qu'on n'a pas attendu ses conseils, non pour dérober les lois de la nature, mais pour

chercher à les acquérir bien légitimement; il y apprendra, puisqu'il paraît l'ignorer, comment et à quelles conditions on peut, suivant cette école, tirer des généralités de faits d'un certain ordre, etc. etc. Il est vrai qu'on n'a pas la prétention d'arriver d'un seul bond aux lois primordiales de l'organisme.)

Après cela, M. le rapporteur discute cette question de la puissance de la médecine : question vague, qu'il avoue impossible à traiter dans les termes absolus où elle est posée par M. Cipriani, mais qu'il n'en traite pas moins longuement, tantôt en abondant dans le sens de l'auteur italien, tantôt en s'en écartant... Quand donc l'Académie entrera-t-elle dans sa mission vraiment scientifique? quand répudiera-t-elle ces questions oiseuses, spéculatives, qu'à l'aide de mots, de raisonnements abstraits, on peut, sans avancer d'un pas, traiter contradictoirement pendant des heures, des années entières? A quoi bon, en effet, s'occuper de la puissance absolue de la médecine, de vouloir supputer d'une manière générale ce que fait l'art et ce que fait la nature? Au lieu de discuter l'influence de la thérapeutique, cherchez plutôt à apprécier ses moyens, à en régler l'application dans les cas particuliers; après, vous pourrez tracer les principes généraux. Jusque-là, vous vous débattez dans le vide... Heureusement l'Académie, fatiguée de ses luttes récentes, n'a que médiocrement accueilli les questions soulevées par M. Cipriani et son rapporteur, et le débat est tombé après quelques légères escarmouches.

4° On a entendu dans la séance du 24 février un rapport de M. Gaultier de Claubry sur une épidémie de typhus qui a régné à Toulon dans les premiers mois de 1845 parmi les forçats enfermés dans le bagne flottant. Cette épidémie paraît avoir reconnu pour cause le défaut de renouvellement de l'air. Sur 150 qui sont tombés malades, un tiers a succombé. Dans la description de cette épidémie qu'il a transmise à l'Académie, M. Faure a signalé des différences nombreuses et importantes entre le typhus et la fièvre typhoïde, à savoir : la somnolence, l'humidité de la langue, l'absence de gargouillement, la rapidité de la mort et la rareté de la lésion entéro-mésentérique (qui n'aurait été trouvée qu'une fois sur quarante-cinq ouvertures). M. Gaultier de Claubry a d'abord fait remarquer que M. Faure n'avait rien vu par lui-même, ensuite qu'on ne pouvait rien conclure de quelques différences qu'il avait signalées, alors que l'identité était parfaite sous tous les autres points de vue; enfin, il a terminé en opposant aux assertions de M. Faure les recherches de tous les temps et surtout les recherches récentes de M. Landouzy..... Mais aussi pourquoi s'occuper de la description

d'une épidémie faite par un homme qui n'a rien vu par lui-même.

5° L'Académie, dans une de ses dernières séances, a décidé, sur le rapport de M. Aug. Bérard, que la prochaine nomination aurait lieu dans la section de médecine opératoire; car il faut que vous sachiez qu'à l'Académie de médecine, si admirablement organisée pour la plus grande gloire de la science, les membres ne sont pas seulement parqués en section des sciences anatomiques et physiologiques, de pathologie et thérapeutique interne, de pathologie et thérapeutique chirurgicale, de vétérinaire, de sciences pharmaceutiques, mais bien en sections de pathologie externe et de médecine opératoire, etc. Or, vous nous demanderez comment on a jugé que le besoin se faisait sentir de renforcer plutôt la section de pathologie externe que la section de médecine opératoire, et si les candidats à l'une de ces sections ne s'adresseraient pas aussi bien à l'autre. Nous vous répondrons, avec le rapporteur, que c'est simplement une question de nombre. Nous aurions bien à faire quelques réflexions sur l'envahissement de la chirurgie à l'Académie, sur l'infériorité de la médecine, sinon sous le rapport numérique, du moins sous celui de l'influence, etc. Mais à quoi bon? changerions-nous les destins de l'Académie?

II. *Académie royale des sciences.*

Bégaiement et bredouillement. — Maladies des ouvriers des fabriques d'allumettes chimiques. — Affections glaucomateuses de l'œil.

Nous ne parlerons pas de deux énormes mystifications auxquelles l'Académie des sciences et son célèbre secrétaire perpétuel se sont presque laissé prendre quelques moments, ou qui du moins n'ont pas été accueillies par ce doute sévère propre à décourager les tentatives du charlatanisme et de la fourberie. La première, l'anthroposcopie, a bientôt été reconnue pour ce qu'elle était : une indigne et mauvaise plaisanterie. On sait qu'une lettre annonçait qu'un prétendu physicien avait trouvé le moyen, par un système particulier de lumière et d'éclairage, de rendre transparentes les matières les plus opaques, et en particulier le corps de l'homme. L'autre a duré plus longtemps, et ce n'est qu'après plusieurs semaines que cette jeune fille, douée d'une force électrique capable de renverser les siéges les plus vigoureusement retenus sur lesquels elle tentait de s'asseoir, a été reconnue douée tout simplement d'une faculté remarquable de prestidigitation. Quand de semblables phénomènes se présenteront à l'examen de l'Académie, elle fera bien, comme l'a très-judicieusement remarqué un spirituel feuil-

letoniste, d'adjoindre à ses commissions les célèbres physiciens Comte, Philippe et Robert Houdin.

M. Serres, d'Alais, a lu dans la séance du 2 février un mémoire intitulé : *Études sur le bégaiement et la parole.* L'auteur y expose un système de traitement longuement expérimenté sur lui-même, et qu'il croit propre à garantir des récidives si fréquentes de ce vice de la parole. Ce traitement n'a rien de bien nouveau. Il est résumé dans les propositions suivantes :

1° La plupart des vices de la parole, et en particulier le bégaiement, ne peuvent disparaître si les individus qui en sont atteints ne sont animés d'un désir très-grand d'en être débarrassé, et si ce désir ne les conduit à déployer une *volonté inébranlable* pour mettre en œuvre les moyens propres à les corriger.

2° L'*équisyllabisme*, entièrement conforme au sens général de la constitution des langues modernes, et plus particulièrement de la langue française, doit être employé et suivi d'une manière absolue, parce qu'il oppose avec succès l'ordre au désordre des syllabes.

3° Les gestes ne traduisent pas seulement nos sentiments et nos pensées en formant ainsi le langage d'action supplémentaire de la parole, ils ont encore la mission de régulariser et de moduler le son, et, sous ce rapport, nous les avons divisés en gestes régulateurs et en gestes modulateurs.

4° L'exercice et l'usage habituel de l'*équisyllabisme*, secondés par ces *gestes vocalisateurs*, employés avec autant de sobriété que de convenance, ramènent la parole à l'état normal ; et ceux-ci deviennent, au besoin, des agents mnémoniques et d'excitation éminemment utiles aux bègues, aux bredouilleurs et à tous les hommes qui veulent parler en public.

Le principe de l'équisyllabisme, modifié avec intelligence par la ponctuation, l'accent, l'intonation, conduit inévitablement à l'ordre et à la netteté dans l'émission des syllabes, de telle sorte que pas une d'elles n'est perdue pour l'auditeur dont l'attention ne se fatigue pas à les écouter.

L'intervention du geste régulateur et du geste modulateur réagit sur la voix d'une manière heureuse : d'une part, elle tend à s'opposer au désordre des syllabes en soutenant chacune d'elles, et, de l'autre, elle exerce une influence incontestable sur la solidité et l'intensité du son émis. La connaissance de cette action physiologique, méconnue jusqu'à nos jours, jette sur l'étude et l'emploi du geste une clarté toute nouvelle ; elle conduit naturellement à faire une part légitime à ces trois propriétés, et, de plus, à une meilleure intelligence de leur application, seul moyen

d'arriver à la destruction de l'abus que l'homme tend à en faire.

— M. Théophile Roussel a présenté (séance du 16) un mémoire *sur les maladies des ouvriers employés dans les fabriques d'allumettes chimiques, et sur les mesures hygiéniques et administratives nécessaires pour assainir cette industrie.* Suivant l'auteur, l'insalubrité de cette fabrication n'appartient qu'à certaines parties, et on peut, en les isolant, diminuer déjà cette insalubrité. Quant aux maladies qui sévissent particulièrement sur ces ouvriers exposés à l'action des vapeurs phosphorées, l'examen démontre, a-t-il dit, l'existence non-seulement d'affections plus ou moins intenses des voies respiratoires, mais encore d'affections des gencives et des os maxillaires, se terminant par la nécrose et quelquefois par la mort des malades. — Nous reviendrons sur ces faits lorsqu'ils nous seront mieux connus.

Enfin, dans la séance du 23, M. Tavignot a adressé à l'Académie un résumé de ses recherches sur les *affections glaucomateuses*, lesquelles ne seraient, suivant lui, que des désorganisations chroniques de l'œil, analogues à la désorganisation qui survient après la section de la 5ᵉ paire de nerfs, et qui reconnaîtraient pour origine une perturbation fonctionnelle du système nerveux ciliaire.

III. *Correspondance : Du muguet des enfants, à propos d'un article de MM. Trousseau et Delpech. — Sur l'œdème des nouveau-nés ; réponse à un article de M. Thirial.*

M. Valleix nous adresse les réflexions suivantes sur deux sujets importants de médecine :

Mon cher confrère, bien que j'aie été pendant longtemps empêché de vous écrire, comme j'en avais l'intention, au sujet d'un article sur le *muguet*, inséré par MM. Trousseau et Delpech dans le *Journal de médecine* (janvier, février, mars, avril 1845), je ne crois pas qu'il soit trop tard pour revenir sur ce point de pathologie si important, et qui doit, vous le savez, m'intéresser au plus haut degré.

Dans le mémoire de ces deux auteurs, il est quelques opinions qui ne me semblent pas hors de toute discussion, et c'est ce qu'il me paraît utile de démontrer; mais avant d'entrer en matière, je dois prévenir toute mauvaise interprétation par une remarque générale. Comme il s'agit ici d'un examen critique, je ne m'occuperai que des points litigieux, et par conséquent si, dans tout le

cours de cette lettre, je suis en opposition avec MM. Trousseau et Delpech, il n'en faudra pas conclure que je ne trouve rien de bon et d'utile dans leur article. En le lisant je me suis, au contraire, félicité d'avoir attiré, plus qu'on ne l'avait fait avant moi, l'attention des observateurs sur les maladies de la première enfance, trop superficiellement étudiées, et j'ai fait mon profit de bien des faits intéressants. Ces réserves faites, je passe à l'examen du mémoire.

J'ai peu de chose à dire du paragraphe où il est question de la *nature des plaques blanches du muguet;* cependant il me semble que les deux auteurs n'ont pas aussi bien établi qu'ils le pensent leur opinion sur ce point. Suivant eux : «L'éruption caractéristique du muguet est constituée par des pseudomembranes fibrineuses, siégeant à la surface de la membrane muqueuse digestive dépouillée de son épithélium.» Mais cette manière de voir ne s'appuie que sur des raisonnements qui n'ont, eux-mêmes, pour base que l'analogie. Une ressemblance imaginaire des concrétions crémeuses du muguet et des pseudomembranes qui se développent à la surface des séreuses, voilà leur principal argument. Or, les dissemblances sont si grandes entre ces deux productions morbides, que l'argument n'a qu'une très-faible valeur. Dans le muguet nous trouvons des points isolés, tout d'abord blancs, opaques, de consistance caséeuse et ne présentant jamais aucune apparence d'organisation, quelque ancienne que soit la production morbide. Dans les fausses membranes des séreuses, nous trouvons, au contraire, d'abord un liquide transparent ou demi-transparent, qui se solidifie en nappe, prend une couleur blanchâtre, n'a jamais la blancheur matte du muguet, acquiert une consistance considérable, et enfin présente souvent, avec une très-grande rapidité, des traces évidentes d'organisation.

Ces considérations et quelques autres avaient fait penser que la production morbide qui constitue le signe apparent du muguet pouvait être une simple altération de l'épithélium. A cela MM. Trousseau et Delpech objectent que l'on a trouvé quelquefois le muguet dans l'estomac et dans l'intestin où manque l'épithélium. «Il y a là, disent-il, une contradiction dont il nous semble difficile de donner une raison suffisante. Nous n'ignorons pas qu'on a voulu la rendre moins choquante en supposant que des plaques détachées de la muqueuse buccale avaient pu être avalées par les malades, et s'étaient fixées à la surface interne de l'estomac; nous restons incrédules à l'endroit de ce semis pathologique.» Je suis tout aussi incré-

dule que les deux auteurs sur ce point, car j'ai vu, dans l'estomac, le muguet disposé de telle manière qu'il ne pouvait avoir été avalé, et cependant je ne crois pas que la contradiction soit aussi grande qu'ils le disent. Les dernières recherches anatomiques sur les membranes de la seconde partie du tube digestif (voy. M. Flourens, et le mémoire de M. Masselot dans les *Arch. gén. de méd.*) ont prouvé que ce qu'on avait pris pour une cessation complète de la membrane superficielle n'est qu'un changement de forme, et précisément ce changement d'apparence correspond parfaitement aux changements que subit le muguet dans les différents points où il se produit. Ainsi, sur la langue où l'épithélium se moule sur les papilles, la production morbide est granulée; sur les joues où il est uniformément étendu, on voit des plaques; dans l'œsophage où il est plissé, on trouve de petites masses; et dans l'estomac, où la surface de la muqueuse ne présente que des villosités très-fines, le muguet se présente sous la forme d'un très-petit pointillé. Comment concevoir ces différences dans l'hypothèse admise par MM. Trousseau et Delpech ?

Restent maintenant les observations de M. Lélut qu'il eût peut-être fallu discuter avec plus de soin, et des recherches directes que j'ai faites et dont je vais donner ici le résumé tel que je l'ai présenté en 1838 (*Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*), quoi qu'elles n'aient pas toute la rigueur désirable. « Comme M. Lélut, disais-je, c'est dans le voisinage du bord libre des lèvres, que j'ai cherché à reconnaître le siége précis du muguet; mais je ne suis pas arrivé à des résultats aussi positifs que les siens. Lorsque j'ai pu voir les plaques se développer dans ce lieu, j'ai trouvé un petit nombre de points légèrement saillants, blancs, plus élevés à leur centre qu'à leur circonférence, *où ils se fondaient* insensiblement avec la muqueuse environnante; ces points saillants étaient un peu lisses à leur surface, ce qui me faisait penser que l'épithélium recouvrait une matière blanche accumulée; mais, lorsque j'examinais la circonférence, je voyais l'épithélium opalin se continuer sans aucun soulèvement, sans aucune ligne de démarcation avec l'épithélium sain, et lorsque je soulevais le premier avec une épingle, je ne trouvais pas cette matière distincte que je m'attendais à voir. Il me semblait plutôt que la pellicule épidermique, épaissie et légèrement ramollie, formait à elle seule la saillie en question. Au reste, M. Lélut n'est pas éloigné d'admettre une semblable altération de l'épithélium, constituant le muguet; en ce cas, selon lui, les couches les plus profondes seraient les plus molles. »

Si l'on a égard à ce que je viens de dire, et bien plus encore aux expériences de M. Lélut auxquelles je fais allusion, on conviendra que les faits cités en faveur de l'altération de l'épithélium méritaient de la part de MM. Trousseau et Delpech une discussion un peu plus approfondie. Sans doute on n'est pas arrivé, dans ces expériences, à une démonstration rigoureuse et complète, mais il est facile de voir que les preuves qu'on en a tirées ont au moins autant de valeur que celles qui, suivant ces deux auteurs, ressortent de la vésication opérée sur les babines des chiens, et de la présence du muguet dans les divers points des voies digestives.

Je passe maintenant à une question bien plus importante, et sur laquelle il est d'autant plus nécessaire de m'expliquer, que bien des personnes ont mal compris ma manière de voir, ou n'ont pas lu l'article sur le muguet dans le *Guide du médecin praticien*, où n'ayant plus à m'occuper exclusivement des faits cliniques que j'avais observés, j'ai pu, en envisageant la question d'une manière générale, formuler nettement mes opinions.

Lorsque j'ai publié ma *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*, j'ai eu bien soin de dire que tout ce que contenait cet ouvrage était une analyse exacte de faits observés à l'*hospice des Enfants trouvés*, et que par conséquent je n'avais d'autre prétention que de présenter un tableau fidèle de ce que je voyais à cet hospice. Si j'ai fait ce que j'avais annoncé, on n'a rien à me reprocher; or, c'est ce que tout le monde reconnaît, et M. Trousseau a bien voulu le dire publiquement et l'imprimer. Me dira-t-on que j'aurais dû tenir compte des faits observés ailleurs? mais, où pouvais-je en trouver une relation exacte? Et pourquoi serais-je responsable de la négligence des auteurs qui, se bornant à de simples assertions, ne s'étaient pas donné la peine de les appuyer sur des observations? Qu'on reconnaisse plutôt qu'en donnant une description rigoureuse du muguet tel qu'on l'observe à l'*hospice des Enfants trouvés*, j'ai attiré sur un bon nombre de points de cette maladie l'attention des médecins qui les laissaient passer inaperçus, et que, fournissant un point de comparaison exact, j'ai aidé les observateurs qui m'ont suivi, à bien préciser les différents états pathologiques.

Ce qui prouve péremptoirement que je n'entendais m'occuper que des faits soumis à mon observation, faute d'en trouver ailleurs d'assez complets pour leur accorder une entière confiance, c'est le doute où je suis resté relativement aux questions que depuis on m'a fait trancher d'une manière si absolue. On lit, en effet ce qui,

suit dans la *Clinique des nouveau-nés* (p. 422) : « L'inflammation pseudomembraneuse de la bouche peut-elle être idiopathique? peut-elle survenir dans le cours d'autres maladies que celles du tube digestif? Jusqu'à présent je n'ai pas observé de faits de ce genre.» On le voit, je ne nie pas qu'on puisse observer de pareils faits; je dis qu'à l'hospice des Enfants trouvés, avec le régime qu'on fait suivre aux enfants, ces faits ne se présentent pas, et que la maladie est plus générale et plus grave.

Ce que je viens de dire me paraît incontestable, et ce qui ne l'est pas moins, c'est ce fait que j'ai avancé en commençant et que je crois devoir reproduire ici. On a évidemment profité de mes observations pour pousser l'étude de la maladie un peu plus loin et pour arriver à la démonstration de quelques faits particuliers qu'on se bornait auparavant à signaler sans autre preuve. Loin de me reprocher d'avoir faussé les idées sur la nature de la maladie, ne devrait-on pas, au contraire, reconnaître que, précisant davantage les faits observés à l'*hospice des Enfants trouvés*, j'ai rendu plus facile en fournissant ce point de comparaison, ceux qui ont pu être observés chez des enfants placés dans des circonstances plus favorables?

Cela posé, voyons quelles sont les bases sur lesquelles MM. Trousseau et Delpech ont établi leur argumentation pour prouver que j'avais eu tort de faire du muguet autre chose qu'une maladie primitive, et nous verrons par là quelles restrictions il faut mettre aux résultats fournis par l'observation à l'hospice, au point de vue de la pratique en ville ou dans les hôpitaux dans lesquels les enfants peuvent rester au sein.

Pour prouver qu'il existe un *muguet idiopathique*, MM. Trousseau et Delpech citent deux ordres de faits. Dans le premier, le muguet, ou éruption buccale, aurait, suivant ces auteurs, été la seule lésion existante, et l'état idiopathique de la maladie ne serait, par conséquent, pas contestable. Quatre observations seulement sont présentées à l'appui de cette opinion. Dans la première, on se borne à dire que l'enfant n'a pas eu de dévoiement, n'a pas vomi, qu'il n'a pas eu d'érythème aux fesses ni aux malléoles; et plus loin, qu'il a fallu un lavement pour entretenir la liberté du ventre. Sans doute, l'absence de ces symptômes ne permet pas de croire à l'existence d'une entérite; mais pourquoi se borner à énoncer avec si peu de soin ces faits négatifs? N'est-ce pas là précisément le point en discussion? Pourquoi ne pas nous faire part de l'interrogatoire lorsqu'on sait que les réponses des nourrices et même des parents sont quel-

quelquefois si peu exactes? Pourquoi n'avoir parlé ni de la palpation du ventre, ni du cri, ni de l'état du pouls? Ces détails ne paraîtront pas superflus, je n'en doute pas, à ceux qui savent combien un examen des plus attentifs est nécessaire, chez les nouveau-nés, pour découvrir des symptômes très-réels, mais très-obscurs dans leur manifestation.

Dans un second cas, il n'y a absolument aucun détail, c'est une pure affirmation sur laquelle il n'est pas possible de discuter.

Dans le troisième, on procède d'abord comme dans le premier; puis on parle de quelques *selles diarrhéiques*, et puis plus rien sur ce sujet. Au risque de passer pour sceptique, il faut bien dire que de pareils faits sont insuffisants, et en demander de plus exacts. Pourquoi M. Trousseau ne nous en donne-t il pas, puisqu'il lui est si facile d'en recueillir?

Enfin, dans le quatrième (p. 35), les auteurs se bornent à avancer ce qui suit: « Du reste, aucune complication ne vint donner de gravité à cette stomatite. Il ne se produisit aucun accident du côté du tube digestif. » N'est-ce pas, je le demande, être beaucoup trop sobre de détails, quand il s'agit de démontrer l'exactitude d'une opinion qu'on avance?

Dans le second ordre de faits, MM. Trousseau et Delpech veulent prouver que l'entérite, ne se développant dans quelques cas qu'après le muguet, ne peut pas être la maladie principale, celle sous l'influence de laquelle se développe l'inflammation pseudomembraneuse de la bouche, mais constitue seulement une complication qui peut devenir grave. Or, deux faits seulement sont invoqués par eux, et ces faits, que nous apprennent-ils? le voici: Dans le premier (p. 36), il est dit: « Ce ne fut que six jours après son entrée (il y avait des grains de muguet sur la bouche le jour de l'entrée) qu'il fut pris d'un dévoiement qui céda sans peine à un traitement convenable. » Voilà tout, et auparavant il n'est question de rien. Dans le second fait (pag. 37), on trouve presque identiquement la même chose. Je le demande encore, cela est-il suffisant? Je sais bien que M. Trousseau répondra qu'une affirmation de sa part est le résultat d'un interrogatoire convenablement dirigé, et personne plus que moi n'est disposé à reconnaître que, comme observateur, on ne peut pas présenter plus de garanties que cet honorable confrère. Mais les exigences de la discussion ne permettent pas qu'on accepte de confiance les faits apportés en preuve. N'y a-t-il pas, comme je le disais plus haut, le chapitre des réponses inexactes, et dans le cours d'une visite ne peut-on pas oublier d'insis-

ter suffisamment sur des particularités dont on sent néanmoins toute l'importance? D'ailleurs, de quoi s'agit-il? de convaincre non-seulement moi et les personnes qui connaissent M. Trousseau, mais les lecteurs de tous les pays, et ceux qui dans un certain nombre d'années porteront leur attention sur les maladies de l'enfance. Pourquoi donc se priver volontairement des meilleurs moyens de conviction, quand il ne faut que quelques détails bien circonstanciés?

D'après tout ce qui précède, je me crois autorisé à dire que MM. Trousseau et Delpech, pas plus que les autres auteurs, n'ont mis hors de contestation ce qu'ils ont voulu prouver. Ils nous ont fait voir que le muguet peut exister sans symptômes très-graves du côté des voies intestinales; mais ils n'ont pas démontré l'absence complète de toute l'altération de la partie inférieure du tube digestif; car pour cela il faut examiner avec un soin tout particulier, et chaque jour, l'état du ventre, ce qui a peut-être été fait, mais ce qui ne ressort pas de leurs observations. Mais je vais plus loin, et je dis que quand même les preuves que je demande eussent été données, il ne serait nullement avéré que le muguet se présente fréquemment à l'état idiopathique, comme le veulent plusieurs médecins. Le petit nombre de faits cités en faveur de cette opinion prouve ce que j'avance.

Maintenant, faut-il conclure de ce qui précède que l'opinion que je critique soit complétement fausse? C'est ce que je ne prétends pas. Il ne me répugne pas d'admettre que, dans certaines circonstances bien difficiles à apprécier, le muguet puisse avoir la bouche pour siége exclusif. Je dis seulement, et ce que j'ai vu à la *direction des nourrices*, dans l'année qui vient de s'écouler, m'autorise à insister sur ce point, je dis qu'il faut de meilleures observations; et tous ceux qui savent quel soin il faut mettre dans l'examen des nouveau-nés malades seront assurément de cet avis. Chez un grand nombre d'enfants affectés de muguet qui ont été apportés à la *direction*, j'ai toujours vu des symptômes gastro-intestinaux. Il est vrai que ces enfants étaient dans des conditions presque aussi mauvaises que ceux que j'ai observés aux *Enfants trouvés*.

A ce sujet, je ne peux m'empêcher de relever deux erreurs qui se sont accréditées par une mauvaise interprétation de ce que j'ai dit dans ma *Clinique*. On pense, et l'on répète que, selon moi, le muguet est, et doit être, dans toutes les circonstances, une simple conséquence d'une entérite. J'ai dit que les choses se passaient ainsi aux Enfants trouvés; mais, même dans ma *Clinique des nouveau-*

nés, j'ai admis la possibilité de l'existence du muguet dans d'autres affections. Seulement je n'en ai pas vu d'exemple; à moins que l'entérite ne soit elle-même survenue préalablement comme complication. La seconde proposition erronée qu'on me prête est que le muguet est une maladie si grave qu'elle est presque nécessairement mortelle. J'ai dû porter ce pronostic fâcheux pour le muguet observé aux *Enfants trouvés;* mais, même en présence des faits observés dans cet hospice, je n'ai pas attribué cette gravité à la maladie elle-même, mais bien à la mauvaise hygiène des enfants, et je n'ai pas attendu pour cela que des faits nombreux observés ailleurs soient venus me prouver que sous l'influence d'une bonne nourriture, et de moyens fort simples, mais appropriés, cette affection se guérit très-facilement lorsqu'elle n'est pas arrivée à sa période extrême. En donnant l'enfant à une nourrice dont le lait lui convient, on fait cesser, ainsi que le prouvent les faits rapportés il y a quelques mois par M. Girard, dans ce journal, les symptômes en apparence les plus graves.

Je ne veux plus appeler l'attention que sur la principale cause du muguet admise par MM. Trousseau et Delpech. Suivant ces médecins, l'apparition de cette maladie serait liée aux épidémies de fièvre puerpérale qu'on observe si fréquemment. Je ne nie pas le fait, bien qu'il eût été bon de l'établir sur des recherches plus exactes; mais est-ce parce que les enfants sont nés de mères atteintes de fièvre puerpérale qu'ils sont affectés du muguet? ou n'est-ce pas plutôt parce que, manquant de nourrices, ils n'ont pas eu la nourriture qui convient à leur âge, et tous les soins que réclame leur état de faiblesse? Cela valait la peine d'être étudié, et je ne peux assez m'étonner que ces honorables confrères aient négligé cette cause si puissante: la mauvaise nourriture. Il n'est pas un seul des enfants affectés de muguet qu'on a présentés à la direction des nourrices, qui n'ait été nourri avec des substances féculentes, véritables corps étrangers pour les enfants qui n'insalivent pas suffisamment leurs aliments. Les expériences de M. Mialhe sur l'action qu'exerce la salive sur les substances féculentes sont venues confirmer et expliquer ce que nous avait appris l'expérience. Je ne crois pas, par conséquent, qu'il y ait un fait mieux établi; et l'on ne comprendrait pas autrement l'extrême rareté du muguet chez les nouveau-nés qui ont une bonne nourriture.

Je pourrais étendre cette discussion à quelques autres points; mais, comme il ne s'agirait plus que de la valeur de quelques symptômes, de l'ordre de succession, de l'apparition plus ou moins

tardive de certains phénomènes morbides, j'aime mieux laisser ces faits à l'appréciation des observateurs qui viendront après nous. Je n'ai assurément pas la prétention d'avoir évité toutes les causes d'erreur dans un sujet aussi difficile; j'ai dit ce que j'ai vu. Ai-je toujours bien vu? c'est ce que je me garderai bien d'affirmer. Mais, par cela même que ce sujet offre des difficultés incontestables, je crois pouvoir en appeler à de nouvelles observations. Qu'on n'oublie pas, surtout, que, chez les nouveau-nés, il ne faut rien négliger, tout voir par ses propres yeux, et tenir compte de tout.

Permettez-moi, mon cher confrère, d'ajouter quelques mots sur une maladie fort grave des nouveau-nés, qui m'a beaucoup occupé, et sur laquelle M. Thirial (*Journ. de méd.*, mai 1843) a attiré récemment l'attention, en interprétant les faits d'une manière particulière.

Suivant cet honorable confrère, j'aurais eu tort de soutenir, avec Billard, et à l'aide de faits particuliers plus explicites que ceux de cet auteur, que la maladie désignée sous le nom de *sclérème* par nos prédécesseurs, présente deux lésions très-distinctes, qui n'ont aucun rapport l'une avec l'autre, et qui, par conséquent, doivent être séparées nettement dans le cadre nosologique. Pour moi, en effet, il existe, d'une part, une maladie caractérisée essentiellement par l'œdème, et, de l'autre, une altération du tissu adipeux qu'on observe quelquefois chez les enfants agonisants, quelle que soit leur maladie, et bien plus souvent sur les cadavres, cette altération n'étant survenue qu'après la mort.

Pour soutenir son opinion, M. Thirial cite deux faits. Dans le premier, il est question d'un nouveau-né qui, dans le service de M. Trousseau, a présenté l'endurcissement adipeux deux jours avant la mort. Or, ce fait ne me paraît prouver qu'une chose, c'est que cette lésion anatomique peut se montrer un peu plus longtemps avant la terminaison fatale qu'on ne le pense généralement, quoiqu'un petit nombre de faits du même genre aient déjà été observés.

Dans le second, il s'agit d'un *adulte* qui a offert une induration des parties molles, cas tout à fait exceptionnel, et dans lequel on ne trouve absolument aucune ressemblance avec ce qu'on observe dans les cas d'œdème des enfants nouveau-nés. Dans ce cas, nous trouvons, en effet, une très-grande pâleur, et les nouveau-nés affectés d'œdème sont d'un rouge lie de vin pendant une grande partie de la maladie; ils ne deviennent pâles qu'à la fin. La mala-

die, chez la jeune fille observée par M. Thirial, a envahi d'abord le cou, et l'affection des nouveau-nés commence par un œdème des pieds, comme tous les œdèmes généraux. Je pourrais signaler d'autres différences; mais j'aime mieux tirer quelques raisons péremptoires de l'étude de l'œdéme des nouveau-nés.

M. Thirial veut que cette affection soit une induration de la peau, que cette induration de la peau soit le point de départ de la maladie, et que toutes les autres altérations, ainsi que les symptômes qui leur correspondent, n'en soient que les conséquences. S'il en était ainsi, on verrait d'abord apparaître cette induration de la peau, puis la gêne de la respiration et de la circulation, et enfin l'œdème, qui, d'après M. Thirial, n'est qu'une complication. Or, il y a une expérience bien simple à faire, c'est de suivre un petit malade pendant tout le cours de l'affection. Pendant plus de la moitié de la maladie, M. Thirial verra qu'il n'y a pas la moindre lésion de la peau; que ce tégument est partout très-souple, fortement coloré; qu'il se laisse soulever, qu'il glisse sur les parties sous-jacentes; qu'il n'y a, en un mot, rien qui ressemble à l'endurcissement adipeux que les enfants affectés de muguet, de pneumonie, etc., présentent parfois dans les derniers moments, aussi bien que ceux qui sont affectés d'œdème. Aux pieds, aux mains, peut-être aux jambes, la peau est plus tendue; il est plus difficile, par conséquent, de la faire glisser sur les tissus sous-jacents; mais il est si aisé de s'assurer que cette tension est due à l'œdème, qu'il ne faut pour cela qu'une simple inspection. D'ailleurs, et cette remarque est capitale, on verra, après la mort, un certain nombre de parties entièrement libres de tout endurcissement adipeux, dans les cas où cet endurcissement sera survenu comme phénomène ultime.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de fournir d'autres preuves; il n'est assurément pas, dans toute la pathologie, de fait qui soit plus au-dessus de toute contestation. Une visite faite à l'hospice des Enfants trouvés convaincra tout le monde; et je peux ajouter que les faits observés cette année par moi, à la direction des nourrices dont le service m'était confié, m'auraient pleinement confirmé dans mon opinion, s'il eût été nécessaire.

M. Thirial croit que c'est pour échapper à une objection que j'ai rejeté l'existence d'un sclérème localisé, et que je n'ai vu dans les faits de ce genre cités par quelques auteurs qu'une inflammation œdémateuse. Je l'ai fait simplement, parce que les symptômes et la marche de la maladie m'ont prouvé qu'il en était

réellement ainsi; c'est ce dont on peut s'assurer en lisant ma *Clinique des maladies des nouveau-nés*; mais, en admettant même que je me sois trompé, ce que je ne peux reconnaître, cela ne donnerait pas gain de cause à M. Thirial, puisque dans ces affections circonscrites, il n'y a rien encore qui ressemble au sclérème dont il parle, et que la peau, ainsi que les tissus sous-jacents, sont distendus par la sérosité, sans présenter la dureté lardacée des tissus envahis par l'endurcissement adipeux des agonisants.

Par ce que je viens de dire, je crois avoir réduit le débat à une simple question de fait que chacun peut se mettre facilement à même de résoudre, et je ne doute pas que M. Thirial lui-même ne reconnaisse promptement l'exactitude de ce que j'avance dès qu'il aura examiné, pendant quelques jours, un ou deux nouveau-nés affectés de la maladie dont il s'agit: car un fait exceptionnel ne peut évidemment lui suffire pour préjuger, à l'aide d'une analogie des plus éloignées, la nature d'une affection qu'il est si facile d'étudier directement. VALLEIX.

IV.

— La mort vient de frapper à un âge peu avancé le docteur de Lens. C'était un des hommes qui, par la dignité de son caractère, par l'étendue de ses connaissances et par la droiture de son esprit, faisait le plus d'honneur au corps médical, et jouissait de la considération la plus réelle parmi ses confrères. Ses opinions religieuses ne nuisirent certainement pas, ou plutôt contribuèrent à la position élevée à laquelle il fut porté à une certaine époque de sa vie, en le signalant aux faveurs d'une coterie puissante qui domina un moment et s'efforce encore de dominer aujourd'hui. Mais, du moins, on ne peut lui reprocher de les avoir fait servir à une ambition illégitime. M. de Lens fut honoré et estimé, parce que ses opinions religieuses s'alliaient à une véritable intégrité, à des principes de haute moralité et à une réelle modestie.

M. de Lens fut reçu docteur en 1811. Il présenta alors une dissertation remarquable par l'excellent esprit qui y domine (*Considérations générales sur l'application de la chimie aux diverses branches de la médecine*, in-4°, pp. 48; Paris, 1811). M. de Lens s'était livré avec ardeur à l'étude des sciences naturelles, et particulièrement à celle de la chimie, et il fit dans cette circonstance une judicieuse application de ses connaissances. Chargé pendant longtemps de la direction de la *Bibliothèque médicale*, avec son fondateur, M. Royer-Collard, il inséra dans ce journal des articles où se montrent les mêmes qualités. Il composa aussi de très-bons articles

pour le *Dictionnaire des sciences médicales*. En 1819, il fit paraître une nouvelle édition de la traduction des *Éléments de médecine pratique* de Cullen, par Bosquillon (Paris, 1819; in-8°, 3 vol.); mais il eut le tort de supprimer un certain nombre des notes remarquables de Bosquillon sans les suppléer. Enfin, l'ouvrage auquel son nom restera plus particulièrement attaché, c'est le *Dictionnaire universel de matière médicale et de thérapeutique générale* (Paris, 1829-34; in-8°, 6 vol.), qu'il composa avec la collaboration de M. le Dr Mérat : ouvrage remarquable sous le rapport des sciences naturelles, mais, il faut l'avouer, assez faible du côté de la critique médicale.

Nommé en 1823, lors de la réorganisation de la Faculté de médecine par la faction royaliste, agrégé de cette Faculté, il fut, quelque temps après, élevé à la place d'inspecteur général de l'Université pour les écoles de médecine. Cette place ayant été supprimée en 1830, il cessa d'appartenir à l'Université.

A.-J. de Lens était né à Paris le 25 avril 1786.

— Le concours pour la chaire d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris est terminé : M. le Dr Denonvilliers, chef des travaux anatomiques de la Faculté, a été élu.

BIBLIOGRAPHIE.

Des indications à suivre dans le traitement moral de la folie; par F. Leuret. Paris, librairie de Vve Le Normant; 1846, in-8° de 114 p.

Il y a déjà un certain nombre d'années que M. Leuret nous a initiés à sa manière de comprendre le *traitement moral de la folie*, et cependant plusieurs de ses idées ont été mal saisies par les uns, et ses intentions mal comprises par les autres. On ne doit donc pas considérer la brochure qu'il vient de publier comme une redite, comme un travail ne contenant que des explications désormais superflues. Ce qui nuit peut-être le plus aux progrès de la thérapeutique, c'est qu'on ne veut pas entrer entièrement dans la pensée de ceux qui proposent des traitements nouveaux; c'est qu'on veut changer ou du moins modifier leur médication; c'est surtout qu'on ne tient pas compte des distinctions qu'ils ont établies entre les diverses indications. Nous ne parlons pas, bien entendu, de l'opposition de quelques personnes qui puisent leurs motifs ailleurs que dans les convictions scientifiques, nous ne nous adressons qu'aux hommes sérieux.

Si donc on a élevé tant d'objections contre le traitement moral tel que le conçoit M. Leuret, qui, sous ce rapport, a fécondé les idées en germe d'hommes aussi éminents que Pinel et Esquirol,

c'est, selon nous, parce qu'on ne s'en est pas tenu toujours à ce qu'il a avancé, et que faisant une application vicieuse de ce traitement à des cas qui ne le comportaient point, on a dû nécessairement éprouver des mécomptes qui auraient pu être facilement prévus. Aussi approuvons-nous fort ce médecin d'être revenu à la charge, et d'avoir, à l'aide de faits nouveaux et de déductions nouvelles, spécifié, de manière à ne pas pouvoir s'y méprendre, comment il conçoit le traitement moral, comment il veut qu'on l'applique, à quels cas il est applicable, et enfin les résultats heureux et presque inespérés qu'on doit en attendre, lorsqu'il est bien indiqué et sagement conduit.

M. Leuret commence par établir que des cas d'aliénation mentale, en apparence identiques, sont souvent, aux yeux de l'observateur habile et attentif, fort différents au point de vue le plus important, c'est-à-dire au point de vue des indications thérapeutiques. Sous ce rapport, il existe une dissemblance marquée entre les maladies mentales et les maladies ordinaires. «Ici, dit M. Leuret, tous les symptômes appartiennent à l'ordre physique; là, quelques-uns appartiennent à l'ordre physique, d'autres à l'ordre moral, et quelquefois ceux de l'ordre moral sont les seuls dont on puisse constater l'existence.» Nous citons cette phrase de M. Leuret, parce que c'est sur ce terrain que s'est d'abord établie la discussion.

Plusieurs se refusent à admettre ces cas d'aliénations mentales dont, suivant l'expression de M. Leuret, on ne peut constater que les symptômes qui appartiennent à l'ordre moral; il leur répugne de croire que le cerveau puisse rester physiquement étranger à cet état nerveux qui se traduit par des signes quelquefois si violents. Nous n'entrerons pas ici dans la discussion des arguments apportés pour et contre, elle nous entraînerait beaucoup trop loin. Nous dirons seulement avec M. Leuret, voici des faits : des sujets ont leur raison complétement altérée, sans que l'observation la plus minutieuse puisse apercevoir la moindre lésion organique; on n'agit pas sur le physique ou on n'emploie de ce côté que des moyens tout à fait insignifiants, et à l'aide de moyens purement moraux, d'une résistance calculée à des volontés déraisonnables, de tromperies ingénieuses, de directions habiles imprimées à des instincts restés intacts, en exploitant avec adresse les sentiments naturels, on rend les malades à la raison, et cela quelquefois avec une rapidité qui ne s'accorderait nullement avec l'existence d'aucune lésion organique. On peut sans doute, par le raisonnement, arriver à supposer l'existence d'une de ces lésions qui serait inappréciable à nos sens; mais la chose fût-elle démontrée, et c'est ce qui n'est pas assurément, il faudrait nécessairement encore reconnaître que des moyens purement moraux peuvent imprimer au cerveau une modification telle, que cette lésion inaperçue, cet être de raison, peut disparaître sous leur influence, ce qui laisse au traitement moral toute sa valeur et tout son intérêt. En un mot, nous le répétons, les faits sont là; interprétez-les comme vous voudrez. Nous pourrons attaquer votre manière d'argumenter; mais vous, vous ne pourrez pas attaquer la pratique qui produit de pareils effets. C'est avant tout une question d'expérience, et lorsqu'on a lu les observations de M. Leuret, on est forcé d'avouer que l'expérience est en sa faveur.

Pour bien établir la différence des cas, M. Leuret commence par rapporter deux observations qui, au premier abord, présentent une grande analogie, mais qui, produites par des causes très-différentes, ont dû être traitées par des moyens entièrement opposés. Dans un cas, en effet, la source du mal était dans une affection de la tête qui consistait en douleurs anciennes et persistantes; dans l'autre, on ne pouvait apercevoir qu'un dérangement d'idées sans cause physique appréciable, et qui, après avoir commencé d'une manière insensible, avait fini par éclater de la manière la plus violente, et s'était prolongé longtemps. Chez le sujet de la première observation, des moyens purement locaux mirent promptement un terme à la maladie; chez l'autre, il fallut attaquer avec une persistance extrême les idées délirantes, pour rendre au bout de plusieurs mois la malade à un état de santé parfaite.

La troisième observation nous montre un exemple remarquable de l'efficacité d'un traitement mixte, déterminé par la nature complexe de la maladie qui ne permetrait pas qu'on eût exclusivement recours à l'un ou l'autre des deux ordres de moyens que nous avons indiqués plus haut.

Dans la cinquième, le traitement moral était seul indiqué; mais, quoique dirigé avec persévérance, il n'a eu qu'un résultat incomplet, ce que M. Leuret attribue au défaut de ressources qu'offrait le caractère trop gâté du malade. On conçoit très-bien, en effet, que le médecin redresse une intelligence qui s'est détournée de la voie directe, et qu'il échoue contre les vices invétérés qu'a produits l'éducation. C'est ce qui est arrivé dans le cas dont nous parlons. Le malade a cessé de délirer, d'avoir des pensées de suicide, etc.; mais il a conservé, relativement aux sentiments les plus naturels, une triste indifférence qu'il avait toujours montrée. Ces cas sont les plus fâcheux; car on peut considérer cet état vicieux des sentiments comme un levain qui peut à chaque instant fermenter de nouveau, et rejeter les malades dans le désordre mental dont on a eu tant de peine à les tirer.

Dans six autres observations, qui présentent la plupart des formes de l'aliénation mentale (idées fixes, hallucinations, lypémanie, monomanie suicide), M. Leuret n'a échoué que dans un cas, où l'obstination la plus prononcée a apporté constamment un obstacle invincible à tous les efforts tentés pour guérir l'esprit du malade; l'auteur, qui n'hésite pas à publier des insuccès inévitables dans tous les traitements, a rapporté celui-ci avec tous les détails nécessaires, afin de faire bien saisir les causes qui rendent le traitement infructueux. Dans tous les autres cas, il a réussi à rendre complétement ses malades à la raison, et les effets du traitement sont si visibles, on peut si bien les suivre, on en voit si clairement les progrès de jour en jour, qu'à lui seul on peut rapporter cet heureux résultat.

Nous n'avons pas cherché à donner un extrait de ces observations, parce que c'est précisément dans leurs détails que se trouve leur plus grande importance. Il faut les lire pour voir comment doit être étudié chaque fait en particulier, avant de mettre en œuvre un traitement qui profite des circonstances en apparence les plus insignifiantes pour attaquer un état mental dont le dé-

rangement semble, au premier abord, n'offrir aucune prise. Pour pratiquer cette médecine, il faut sans cesse exercer sa sagacité, s'observer constamment, profiter de tout, et surtout éviter soigneusement de se laisser prendre en faute par la malade, car un pas fait imprudemment peut vous faire perdre tout le terrain longuement et péniblement acquis. C'est en s'exerçant sans relâche à suivre de semblables indications, que M. Leuret est parvenu à se créer des ressources infinies, et dont quelques-unes surprennent véritablement, tant il a fallu de finesse et de présence d'esprit pour les trouver. Tantôt c'est un individu dont on gourmande la paresse, en lui achetant comme bons des dessins très-incorrects; tantôt un aliéné réputé incurable dont on commence le traitement par lui faire payer ses aliments dans le but de lui faire reconnaître le *prix de l'argent* qu'il niait; c'est, en un mot, pour chaque nouveau malade, une nouvelle étude à faire; mais on est bien payé de la peine qu'on se donne, car du jour où l'on a commencé à pénétrer, ne fût-ce que par un point presque imperceptible, dans cet assemblage d'idées erronées et extravagantes, on ne tarde pas ordinairement à déterminer des progrès rapides vers la guérison. On ne saurait trop, par conséquent, recommander aux médecins qui se consacrent au traitement de l'aliénation mentale, de lire et de méditer ces faits, dans lesquels ils trouveront des exemples dont ils pourront, avec de légères modifications, faire ensuite des applications nombreuses.

Nous avons vu que M. Leuret est bien loin, comme quelques personnes semblent le croire, d'exclure le traitement physique. Non-seulement, en effet, il sait l'associer au traitement moral quand le cas l'exige, mais encore il l'emploie seul lorsqu'il lui paraît suffisant. Il eût été bien difficile ou plutôt impossible de croire que ce médecin vît les choses autrement; mais nous l'avons entendu avec plaisir renouveler, dans son mémoire, cette déclaration d'une manière aussi explicite, parce qu'elle fera cesser des discussions oiseuses, qui portent à faux, et qui ne font qu'entraver la marche de la thérapeutique.

Un mot, en terminant, sur un fait bien digne de remarque, observé par M. Leuret. Parmi ses malades il en est qui, après la guérison, ont fait preuve d'une intelligence plus ferme, d'une raison plus droite qu'avant la maladie. C'est là un résultat qui surprend d'abord, et qui pourrait même paraître incroyable, si l'explication n'en était pas simple et naturelle. Parmi les aliénés, comme parmi tous les autres hommes, il en est beaucoup dont l'éducation morale, par des circonstances faciles à comprendre, est restée incomplète. Or, qu'est-ce que le traitement moral, sinon une véritable éducation? et n'est-il pas naturel de voir cette éducation spéciale, après avoir fait disparaître les symptômes de la folie, aller plus loin, et redresser les vices de l'éducation première? C'est un complément qui aurait eu la même utilité avant la maladie; mais avant la maladie il manquait l'occasion d'y soumettre le sujet.

On ne trouvera pas sans doute que nous ayons trop insisté sur cette brochure, quand on réfléchira qu'elle traite d'une des plus sérieuses questions de thérapeutique, et que sous un petit volume

elle contient des faits de la plus haute importance ; peut-être même trouvera-t-on que nous avons été trop sobres de détails ; mais, nous le répétons, les observations contenues dans ce travail ne peuvent être citées qu'en entier. Nous en avons dit assez pour engager les lecteurs de ce journal à recourir au mémoire lui-même ; c'est ce que nous désirions, convaincus que nous sommes qu'ils prendront un vif intérêt à cette lecture, et, ce qui vaut mieux encore, qu'ils en retireront beaucoup de fruit. V...x.

Examen clinique de l'hydrothérapie; par M. Schedel. Paris, 1845 ; 1 vol. in-8°, pp. 577. Chez Labé.

Nous avons déjà (*Arch. gén. de méd.*, nov. et déc. 1843), à l'occasion de l'ouvrage de M. Scoutetten, entretenu nos lecteurs de cette nouvelle méthode de traitement appliquée à presque toutes les maladies par la plupart des hydropathes, et à toutes sans exception par quelques-uns. Nous avons fait voir, à cette époque, que si, parmi les faits cités par les médecins sérieux, il en est quelques-uns qui prouvent que l'emploi de l'eau froide, suivant le procédé de Priessnitz, peut avoir des résultats avantageux dans quelques cas, il en est d'autres qui démontrent que parfois cet emploi peut être nuisible, et il n'en est aucun qui mette hors de doute l'efficacité merveilleuse que certains lui ont attribuée. M. Schedel, jugeant avec raison qu'il y a là une question grave, a voulu voir par lui-même, et il nous apporte à son tour les résultats de ses observations prises à Græffenberg, c'est-à-dire au berceau même de l'hydrothérapie. Un tel ouvrage, fait par un homme éclairé et consciencieux, ne peut manquer d'être intéressant et mérite que nous l'examinions avec quelque détail.

Dans une *introduction*, M. Schedel, après avoir dit quelques mots des effets de l'eau froide sur l'organisme, nous fait connaître les diverses phases par lesquelles est passée l'hydrothérapie entre les mains de Priessnitz lui-même ; puis il consacre une *première partie* de son ouvrage à exposer les procédés et les moyens de traitement employés par les hydropathes. Nous ne parlerons pas du *premier chapitre* de cette partie parce que ces procédés et ces moyens sont généralement connus, et que si, dans beaucoup de détails, M. Schedel a mis plus d'exactitude et de précision, ce n'est pas dans un article de journal que l'on peut indiquer ces particularités. Il faut nécessairement que ceux qui veulent connaître l'application de l'hydrothérapie dans toutes ses nuances aient recours à l'ouvrage lui-même. Dans le deuxième chapitre, l'auteur étudie la *théorie de l'hydrothérapie*. Cette étude, telle que l'a faite M. Schedel, a un intérêt réel, car c'est à l'aide des faits cliniques qu'il y a procédé. Mais nous ne pouvons encore nous arrêter sur ce point, ayant hâte d'arriver au corps même de l'ouvrage, c'est-à-dire à l'application de l'hydrothérapie au traitement des différentes maladies, qui est le sujet de la *deuxième partie*.

Cette partie de l'ouvrage de M. Schedel n'est pas, comme on le pense bien, susceptible d'une analyse complète. L'auteur n'a, en

effet, entrepris rien moins que d'exposer les résultats de l'hydrothérapie dans les diverses affections du cadre nosologique. Nous préférons, après avoir pris quelques exemples pour montrer comment a procédé M. Schedel, exposer les réflexions générales que nous a inspirées la lecture de son ouvrage.

M. Schedel s'occupe d'abord du traitement des fièvres. Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de le suivre dans les recherches qu'il a faites sur l'emploi de l'eau froide avant l'usage de l'hydrothérapie; pour nous, il ne s'agit pas de savoir jusqu'à quel point Priessnitz est inventeur, mais jusqu'à quel point sa méthode est bonne.

M. Schedel a pensé qu'il valait mieux désigner sous le nom de typhus toutes les fièvres de mauvais caractère, et les étudier ainsi au point de vue de l'hydrothérapie, que de poser des diagnostics différentiels pour rechercher l'action du traitement sur chaque espèce en particulier. Nous aurions cependant préféré qu'il suivît la marche opposée. La gravité des diverses affections que quelques auteurs désignent sous le nom de typhus, est trop diverse pour qu'on puisse tirer des conclusions utiles de leur étude en masse soit sous le rapport du traitement, soit sous tout autre rapport. Aussi M. Schedel n'a-t-il pu rien conclure. Il nous apprend, il est vrai, que, sous l'influence des applications froides, le pouls s'est ralenti et l'agitation est généralement tombée; mais quel a été le résultat définitif de cette sédation sur l'issue de la maladie? Voilà ce qu'il n'a pas pu savoir; et comment l'aurait-il pu? Les fièvres dont il s'agit ont les issues les plus variables; la gravité qu'elles présentent ne peut pas offrir une base sûre au pronostic; elle ne fournit que des probabilités : il est donc absolument impossible de résoudre aucune question thérapeutique qui s'y rattache si l'on n'a un nombre considérable de faits bien spécifiés, si on ne compare le traitement dans ces cas avec les divers traitements mis en usage par d'autres praticiens. M. Schedel ne pouvait donc tirer rien de positif de l'étude des faits qu'il a rassemblés, parce qu'ils sont dissemblables, parce qu'ils sont en trop petit nombre, et parce que nous n'avons pas à côté du résultat qu'ils nous donnent un point de comparaison nécessaire. Quant à l'impression générale que nous a laissée la lecture des observations rapportées par M. Schedel, c'est que, dans les fièvres dont il s'agit, l'hydrothérapie n'a nullement empêché la maladie de suivre son cours, et ne paraît pas en avoir abrégé la durée.

Relativement à la variole, M. Schedel, qui dans tout son ouvrage donne des preuves multipliées d'une sage critique, nous fait remarquer qu'on ne doit pas accepter, sans de très-grandes restrictions, les assertions de quelques auteurs qui prétendent qu'à l'aide de l'eau froide, on peut supprimer la fièvre de suppuration, ce qui serait un avantage immense. Lorsqu'on a vu la fièvre de suppuration manquer, n'avait-on pas tout simplement affaire à une varioloïde? Voilà ce que demande l'auteur, expert en cette matière, et personne ne peut répondre négativement à cette question.

M. Schedel rapporte des cas fort intéressants de fièvre intermittente rebelle traités par l'hydrothérapie. Nous citerons en particulier les 8e et 10e observations, dans lesquelles les divers traitements

1846; in-8° sur deux colonnes, chez Béchet jeune. Prix : 3 fr. 50 c. — Cette livrais. contient les art. Rectum, Reins (Mal. des), Respiration (path. gén.), Rhumatisme, Roséole, Rougeole, Rupia, Sang (Altérations du), Satyriasis, Scarlatine.

Guide du médecin praticien, ou Résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées, par F.-L.-I. Valleix, médecin de l'Hôtel-Dieu annexe, etc. En vente, *tome septième;* in-8° de 586 pages. Les sept volumes publiés contiennent : T. I et II, les maladies des voies respiratoires. — T. III, les maladies des voies circulatoires. — T. IV, V, VI, les maladies des voies digestives et de leurs annexes (ces vol. se vendent séparément). — Le t. VII contient les maladies des voies génito-urinaires. Cet ouvrage formera 10 volumes in-8°. — Le t. VIII est sous presse; il est publié en 6 livraisons, chacune de 100 pages, qui paraissent de mois en mois. Prix de chaque vol., 8 fr. 50 c. A Paris, chez J.-B. Bailliere.

Compendium de chirurgie pratique, ou Traité complet des maladies chirurgicales et des opérations que ces maladies réclament; par MM. A. Bérard et C. Denonvilliers. 6e livraison; Paris, 1845, in-8°; prix : 3 fr. 50. Chez Labé. (L'ouvrage se composera de 12 à 16 livraisons.)

Traité complet des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent, par le baron Boyer; 5e édition publiée par le baron Philippe Boyer. Tome III; in-8° de 1100 pages, prix : 8 fr. Paris, 1845; chez Labé.
(Cette édition se composera de 7 ou 8 forts volumes in-8°.)

De l'Œuf et de son développement dans l'espèce humaine, par André Courty, D. M. Montpellier, 1845; in-8°, pp. 159, fig. Prix : 3 fr. A Paris, chez Labé. — (C'est la dissertation inaugurale de l'auteur.)

Histoire et critique des doctrines des maladies de la peau, considérées particulièrement sous le rapport de la genèse des formes élémentaires, par le docteur J. Rosenbaum; traduit de l'allemand par le docteur Ch. Daremberg. Paris, 1846; in-8° de 40 pages. Prix : 2 fr. A Paris, chez J.-B. Bailliere.

Manuel complet de médecine légale, ou résumé des meilleurs ouvrages publiés jusqu'à ce jour sur cette matière, et des jugements et arrêts les plus récents; précédé de considérations sur la recherche et la poursuite des crimes et délits, etc., et suivi de commentaires sur les lois, décrets et ordonnances qui régissent la médecine, la pharmacie et la vente de remèdes secrets, etc.; par J. Briand, D. M. et Ernest Chaudé, Dr en droit, avocat à la cour royale de Paris; contenant un Traité élémentaire de chimie légale, renfermant les applications de la chimie aux questions criminelles, de police correctionnelle et municipale, de juridiction consulaire et d'expertises en matières civiles; par H. Gaultier de Claubry, Dr ès sciences, professeur à l'Ecole de pharmacie, etc. 4e édition; 1 vol. in-8° de plus de 900 pages, 1846. Prix : 9 fr. Paris, chez Bernard Neuhaus et chez Videcoq père et fils, libraires.

Note sur un des accidents qui peuvent résulter de l'emploi de l'émétique à haute dose en solution, et sur un moyen très-simple de le prévenir, par le Dr Ernest Boudet. Paris, 1846; in-8°, 7 pages. — Il a été fait mention de ces remarques de M. E. Boudet. (V. *Arch. gén. de méd.*, n° de janvier 1846, 4e sér., t. X, p. 105.)

Dictionnaire de médecine, ou Répertoire général des sciences médicales considérées sous les rapports théorique et pratique; par MM. Adelon, Béclard, etc. T. XXX (et dernier); Paris, 1846, in-8°, de 1028 pp. — Il sera fait un article sur l'ensemble de cet ouvrage.

PARIS. — IMPRIMERIE DE RIGNOUX, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 29 *bis*.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

Avril 1846.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

MÉMOIRE SUR LA SECTION SOUS-MUQUEUSE DU SPHINCTER ANAL DANS PLUSIEURS AFFECTIONS CHIRURGICALES;

Par M. DEMARQUAY, *aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, ex-interne des hôpitaux et membre de la Société anatomique.*

Considérations préliminaires.

Une des plus heureuses applications de la myotomie, c'est la section *sous-muqueuse* du sphincter anal : cette opération est simple, et le résultat en est toujours satisfaisant. — Boyer est le premier qui ait nettement exposé une des conditions de la section du sphincter, et, de tous les chirurgiens modernes, c'est lui qui en a obtenu le plus de succès. Mais cette opération, telle que la pratiquait ce grand chirurgien, exposait à des inconvénients et même à des dangers: M. Roux et Richerand la virent échouer; d'autres enfin, MM. Blandin et Velpeau, la virent suivie d'accidents sérieux et même mortels. — Modifier l'opération de Boyer, de manière à la mettre à l'abri de tout accident grave, tout en lui conservant ses avan-

tages, tel est le but que M. Blandin s'est proposé en imaginant la section sous-muqueuse du sphincter anal.

Depuis quelques années, cette opération a été faite avec succès par MM. Blandin, Guérin, Velpeau et moi; je pense donc faire un travail utile en cherchant à déterminer les circonstances dans lesquelles elle peut être avantageuse, en indiquant le procédé opératoire qui a été suivi, et surtout en faisant connaître les résultats obtenus.

La myotomie sous-muqueuse peut être faite dans deux circonstances importantes à noter :

1° Pour combattre une contraction spasmodique du sphincter, soit qu'elle s'oppose à l'introduction de corps étrangers dans le rectum, introduction nécessitée pour une opération, soit qu'elle s'oppose à la sortie d'éléments divers qui peuvent être arrêtés dans cette portion du tube digestif, soit enfin pour combattre l'étranglement de certaines parties déterminé par la contraction du sphincter (1) ;

2° Pour combattre la contracture du muscle constricteur de l'anus.

De la contraction spasmodique et de la contracture du sphincter.

La première difficulté qui se présente est de déterminer ce que l'on doit entendre par contraction spasmodique et par contracture, et de dire où cesse la première de ces deux affections et où commence la seconde; car elles se lient si étroitement, que l'une est la conséquence de l'autre. Qu'est-ce, en effet, que la contraction spasmodique d'un muscle, si ce n'est la contraction de ce dernier, soutenu pendant un certain temps, par un excitant quelconque? Que cet excitant cesse d'exercer son action, tout rentre dans l'ordre; qu'il persiste, au con-

(1) M. Marchal (de Calvi) a pratiqué cette opération dans un cas de cancer du rectum, et le malade s'en est bien trouvé. Je signale ce fait, qui sera publié ailleurs.

traire, bientôt, sous l'influence du mouvement nutritif, la fibre musculaire sera modifiée de telle sorte, qu'au lieu de la contraction spasmodique nous aurons la contracture.

Mais cet état peut-il préexister à la naissance, au même titre qu'une foule d'affections tenant à cette même cause et qui se sont développées pendant la vie intra-utérine? En un mot, certains cas d'atrésie de l'anus ne pourraient-ils pas tenir à une contracture du sphincter de cet orifice? Je suis disposé à le croire, d'après les observations rapportées par Boyer et Mérat. Dans ces cas, en effet, que fit-on? on pratiqua l'incision de l'anus d'enfants nés avec une atrésie de cette portion du tube digestif, et ces enfants guérirent! Il me semble que ces guérisons prouvent implicitement que la lésion dépendait d'un resserrement du sphincter; car une atrésie de l'anus qui se serait liée à une maladie semblable du rectum n'aurait point été guérie par l'opération que nous avons signalée. Si ce vice de conformation tenait à une modification du tissu musculaire que l'on rencontre en ce point, on comprend tout l'avantage qu'offrirait la myotomie sous-muqueuse. D'ailleurs, je n'insiste point sur ce fait; je le présente comme une hypothèse que l'esprit peut admettre avec un certain degré de probabilité, mais que l'observation directe ne m'a pas démontrée.

Signes de la contraction spasmodique et de la contracture. — Certains signes extérieurs peuvent faire reconnaître ces deux affections, quand elles sont très-marquées. L'anus se trouve plus enfoncé qu'il ne l'est habituellement. Les plis de cette région sont également plus prononcés; quelquefois le sphincter externe se dessine à l'extérieur; s'il existe des hémorrhoïdes ou si la membrane muqueuse est prolapsée, ces parties, fortement serrées par le sphincter, ont une teinte violacée et peuvent même tomber en gangrène, comme on le verra plus loin. L'introduction du doigt dans l'anus est difficile, et, lorsque cette introduction est effectuée, on sent manifestement la constriction exercée par l'appareil musculaire

de cette portion du tube digestif. Cette exploration est douloureuse pour le malade; il éprouve dans cette région un resserrement involontaire, accompagné de douleurs d'autant plus grandes que la cause qui lui a donné lieu est plus douloureuse par elle-même.

De la myotomie sous-muqueuse appliquée pour combattre la contraction spasmodique du sphincter anal.

La contraction spasmodique du sphincter peut se montrer dans une foule de circonstances, et doit être combattue avec avantage par l'opération qui fait l'objet de ce travail. Tantôt elle s'oppose à certaines manœuvres faites sur cette région : c'est ainsi que M. Parent, ne pouvant vaincre la difficulté que présentait le sphincter à l'introduction de la main dans le rectum pour relever un utérus rétroversé, incisa ce muscle pour rendre cette opération plus facile. Il est bien évident que, si une opération dans ce cas devait être tentée, la myotomie sous-muqueuse serait préférable; mais c'est surtout dans l'extraction de corps étrangers arrêtés dans le rectum que la contraction spasmodique joue un rôle important: ainsi Marchand rapporte n'avoir pu extraire un calcul stercoral arrêté dans ce point qu'en fendant l'anus. D'autres chirurgiens ne purent extraire des corps étrangers que la lubricité avait porté à introduire dans cette région, qu'en suivant l'exemple de Marchand. La section sous-muqueuse du sphincter serait, dans ce cas, supérieure à celle de Boyer; car elle en aurait les avantages sans les inconvénients ni les dangers. Cet état de spasme du sphincter peut encore se montrer dans deux circonstances graves : 1° dans la chute du rectum, 2° dans l'apparition brusque d'hémorrhoïdes volumineuses. Dans ce dernier cas, on verra par les observations suivantes tout l'avantage que M. Blandin a tiré de cette opération.

De prime abord, la première proposition étonne. Comment admettre, en effet, une contraction spasmodique alors que la

maladie semble tenir à un relâchement considérable de tissus? Ce fait néanmoins a été observé par Levret; le signaler, c'est indiquer en même temps le moyen de le combattre.

OBSERVATION I. — *Chute du rectum; constriction du sphincter; sphacèle de la partie prolapsée.* — « Je fus appelé, dit Levret, en 1744, pour voir la domestique de M. Doubliau. Cette fille était âgée de 60 ans; elle avait une chute du rectum qui faisait une saillie hors de l'anus de la grosseur du poing. La tumeur était livide; elle exhalait une odeur très-mauvaise, mais tout autre que celle qui est ordinaire à cette partie; il en exsudait du sang en abondance, et la maladie était de très-ancienne date. « Depuis 25 ans environ que j'ai perdu mes règles, dit la malade, je suis sujette à cette incommodité : toutes les fois que j'allais à la garde-robe, cette tumeur sortait; mais je la faisais rentrer aisément, et il n'y paraissait plus le moment d'après. Hier, je n'ai pu en venir à bout, et je souffre considérablement depuis. » Je profitai de l'occasion, et je voulus examiner si la tumeur était formée par l'épaisseur du rectum ou seulement par la membrane muqueuse interne. Pour cet effet, j'imaginai de mettre un doigt dans le vagin et, à dessein, de reconnaître l'état de cette partie et la situation de la matrice. Mon idée me paraissait juste; elle était fondée sur la structure naturelle des parties et leur connexion. Voici quel était mon raisonnement : si la tumeur, me disais-je, est formée par la première de toutes les membranes qui forment le rectum, il doit y avoir, de nécessité, déplacement des parties molles dans l'endroit où cet intestin est adhérent au vagin. Au contraire, si ce n'est que la membrane interne du rectum qui fasse hernie, je dois trouver le vagin et la matrice déplacés. Je constatai, en effet, que toutes les parties étaient en lieu normal. Alors je ne balançai point; je décidai que cette tumeur était extirpable, mais que, pour éviter l'hémorrhagie ou même pour la faire cesser, il fallait prendre le parti de la ligature, sauf à la desserrer en cas de nécessité absolue d'aller à la garde-robe. La ligature était très-aisée à faire, car cette tumeur avait acquis une espèce de pédicule que le ressort de l'anus avait occasionné. » Les médecins qui avaient été appelés en même temps que Levret s'étant opposés à cette opération, la malade mourut.

Les hémorrhoïdes, quand elles se produisent brusquement, peuvent amener deux accidents importants à signaler : 1° elles

peuvent être tellement serrées par le sphincter, qu'elles soient frappées de gangrène, ainsi que l'a rapporté Rayaton; ou bien, cette constriction peut exister à un degré moindre, mais être pourtant assez forte pour s'opposer à la réduction du paquet hémorrhoïdal : d'où des accidents sur lesquels je n'ai point besoin d'insister. Dans ces deux circonstances, le raisonnement indique tout le parti avantageux que l'on peut tirer de la myotomie, et l'expérience vient pleinement confirmer cet *a priori*.

Obs. II. — Mme X., parente d'un médecin de Paris, âgée de 55 ans, était affectée depuis plusieurs années d'hémorrhoïdes qui ne l'avaient jamais tourmentée. Cependant, ces années dernières, en même temps que ses règles disparaissaient, elle voyait ses congestions hémorrhoïdales augmenter. Vers la fin de 1842, ses hémorrhoïdes devinrent volumineuses; elles formaient autour de l'anus un bourrelet fortement serré par le sphincter. La réduction était impossible; quand on pressait ces tumeurs, elles donnaient lieu à des douleurs vives. M. Blandin fut appelé; il pratiqua la section sous-muqueuse du muscle contracté : bientôt les hémorrhoïdes rentrèrent d'elles-mêmes, et la malade n'a plus éprouvé depuis aucun accident.

Obs. III. — Un grènetier, habitant le quai aux Fleurs, fort et bien constitué, âgé de 45 ans, fit appeler M. Blandin au commencement de cette année. Cet homme n'avait jamais été très-gêné par les hémorrhoïdes, auxquelles il était sujet depuis peu de jours : ces tumeurs, assez volumineuses, entouraient l'anus; elles étaient douloureuses à la pression, irréductibles; il était facile de constater la tension du sphincter. La myotomie fut pratiquée, et en peu de jours le malade fut guéri.

De la myotomie appliquée à la contracture du sphincter.

La contracture du sphincter est, sans contredit, la plus importante des indications de la myotomie sous-muqueuse. Je l'étudierai seulement dans trois maladies, où elle joue le rôle de cause ou d'effet. Ces maladies sont :

1° La constipation,
2° Les hémorrhoïdes anciennes,
3° La fissure à l'anus.

Il n'est point rare de voir survenir une contracture du sphincter à la suite de longues et opiniâtres constipations; ce fait découle de la physiologie de l'anus. Que se passe-t-il, en effet, dans cette maladie? Des matières dures, quelquefois même pierreuses, irritantes, se trouvent longtemps au contact d'une membrane muqueuse dont la sensibilité est exquise, et au service de laquelle se trouve un appareil musculaire qui répond nécessairement à toutes ses excitations. Rien donc d'étonnant que cet appareil musculaire, sans cesse excité par la présence des matières et par les efforts de la défécation, ne se contracture. Sans vouloir affirmer que les choses se passent toujours ainsi, il me semble que MM. Hastings, Hutin et Monneret ont dû prendre quelquefois l'effet pour la cause en regardant la contracture comme cause de constipation. En signalant la constipation comme cause de contracture, je n'ai point la pensée de la combattre par une opération chirurgicale. La constipation est un phénomène complexe dans lequel la contracture du sphincter joue un rôle; c'est pourquoi je l'ai mentionné.

Lorsque des hémorrhoïdes existent depuis un certain temps, qu'elles se congestionnent fréquemment et qu'elles se sont enflammées un certain nombre de fois, il n'est point rare de voir survenir la contracture du sphincter. Une fois cette complication ajoutée aux hémorrhoïdes, il survient des phénomènes divers que nous allons essayer de faire connaître. Il arrive souvent que des tumeurs hémorrhoïdales qui sortaient et rentraient à chaque garde-robe ne rentrent plus qu'imparfaitement, empêchées qu'elles sont par la contracture du sphincter. Alors qu'arrive-t-il? ces dernières s'enflamment; elles rendent la défécation difficile et douloureuse : c'est alors

que l'on voit survenir des fissures et des hémorrhagies auxquelles on peut remédier, comme le prouvent les observations qui suivent.

Obs. IV. — *Tumeur hémorrhoïdale enflammée; contracture du sphincter; myotomie; guérison.* — M. X., âgé de 35 ans, d'un tempérament nerveux, était affecté depuis plusieurs années d'hémorrhoïdes qui jusque-là ne l'avaient point gêné d'une manière notable. Au mois de février dernier, elles se congestionnèrent et sortirent plus volumineuses que jamais; elles finirent par s'enflammer; et le malade, ne pouvant les faire rentrer qu'avec peine, alla consulter M. Blandin, qui, après avoir reconnu la contracture du sphincter, proposa d'en faire la myotomie. Depuis, les tumeurs de l'anus se sont flétries et n'ont plus causé d'accidents.

Obs. V. — *Hémorrhoïdes volumineuses; hémorrhagies fréquentes; contracture du sphincter; myotomie; guérison.* — Vers la fin d'avril dernier, un ouvrier âgé de 44 ans, homme fort, d'un tempérament lymphatique, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, n° 46, pour se faire traiter d'hémorrhoïdes qu'il vit apparaître vers l'âge de 26 ans. D'abord légères, elles ne gênaient le malade que lorsqu'il se livrait à des excès de boisson. Depuis trois ans, elles sont persistantes, ne disparaissant jamais complétement; elles fluent chaque fois que le malade va à la garde-robe; souvent même la quantité de sang rendu est considérable. Depuis quelques mois, il souffre beaucoup à chaque défécation, mais les douleurs ne persistent point longtemps après l'accomplissement de cette fonction. On trouve autour de l'anus un bourrelet hémorrhoïdal considérable. De ces hémorrhoïdes les unes sont flétries, d'autres violacées; l'ouverture de l'anus est caché par ces tumeurs réunies. L'introduction du doigt dans le rectum n'est point très-douloureuse; mais celui-ci est fortement serré. L'opération fut faite par le nouveau procédé. Au bout de huit jours, le malade sort; les tumeurs hémorrhoïdales sont flétries, la contracture a cessé, et les selles sont devenues faciles et sans douleurs.

Obs. VI. — *Hémorrhoïdes compliquées de fissure et de contracture du sphincter; myotomie sous-muqueuse; guérison.* — Dans les premiers jours de mai, j'eus occasion de traiter un jeune homme de 28 ans, fort et vigoureux, d'un tempérament sanguin, et né dans le midi de la France; il exerce à Paris la profession de négociant.

Ce jeune homme n'a jamais fait de maladies graves ; depuis long-temps, il est affecté d'hémorrhoïdes ; ces dernières étaient d'abord peu gênantes ; elles apparaissaient et disparaissaient sans apporter aucun trouble dans l'exercice des fonctions ; elles fluent quelquefois, surtout depuis deux ans qu'une constipation assez grande est venue se joindre à la première affection. A la même époque d'apparition de la constipation, le malade commença à souffrir en allant à la garde-robe. Un bourrelet hémorrhoïdal sortait à chaque défécation, et le frottement des matières dures sur ces parties occasionnait de vives douleurs. La constipation et les hémorrhoïdes allaient de pair dans leur progrès. Lorsque je vis M. P., il éprouvait des douleurs tellement vives qu'il ne pouvait ni s'asseoir ni rester couché ; il était obligé de se tenir debout. Lorsque, forcé par le besoin, il se présentait à la garde-robe, les douleurs qu'il ressentait dans l'anus et dans le rectum étaient si vives, qu'il était sans force et sans énergie, et dans l'impossibilité de se livrer à aucune occupation intellectuelle ou physique ; il ne vivait que de potages, afin d'éloigner le moment des selles.

Lorsque j'examinai M. P., je trouvai l'anus dans l'état suivant : Il existe autour de cet orifice un bourrelet hémorrhoïdal considérable formé par un certain nombre de lobes dont les uns sont blancs, les autres rouges ou violacés. Si l'on introduit le doigt dans le rectum, on constate une contracture considérable du sphincter. La pression du doigt sur le pourtour de l'anus n'augmente point notablement les douleurs, si ce n'est dans une partie située à gauche et en arrière : là, en effet, en écartant les tumeurs hémorrhoïdales, on trouve, dans un des plis formés par les tumeurs, une petite excoriation rougeâtre un peu allongée ; au niveau du sphincter, cette petite ulcération est peu profonde, longue d'un centimètre environ. D'après l'avis de M. Blandin, je fis à ce malade la section sous-muqueuse du sphincter anal. Au moment de l'opération, j'entendis un craquement analogue à celui que fait entendre la section d'un tendon. Après l'opération, il s'écoula un peu de sang par la petite plaie qui avait été faite à la peau. Ce petit écoulement sanguin se répéta plusieurs fois pendant les trois ou quatre premiers jours qui suivirent ; ce qui n'empêcha pas la réunion de la petite plaie sans suppuration. Il survint aussi autour de l'anus une ecchymose considérable ; cette dernière se dissipa promptement sous l'influence de compresses imbibées d'eau fraîche. Au bout de huit jours, ce jeune homme avait repris ses occupations habituelles.

La fissure à l'anus est si intimement liée à la contracture du sphincter, que Boyer regardait la contracture et la fissure comme une seule et même maladie. De ce que ces deux affections sont presque inséparables dans le cas de fissure, est-ce à dire qu'elles sont identiques? N'avons-nous pas prouvé que la contracture pouvait exister en même temps que la constipation et les hémorrhoïdes? Si ces deux affections ne sont point identiques, l'une précède l'autre; mais laquelle?

D'après les recherches que j'ai faites sur cette affection et que j'exposerai plus loin, je serais porté à croire que c'est la contraction spasmodique ou la contracture qui apparaît la première. J'ai constaté que dans la pluralité des cas la fissure était précédée d'une constipation plus ou moins grande; or, n'avons-nous pas vu précédemment que cette maladie se complique d'un état particulier du sphincter, sur lequel nous avons assez longuement insisté? Toutefois, je dois mentionner le fait rapporté par M. Thibord, dans lequel on vit apparaître une fissure à l'anus après une excoriation légère faite dans ce point par la canule d'une seringue à lavement. Ce fait ne doit point surprendre si l'on songe un instant à la sensibilité et à la contractilité de l'extrémité inférieure du tube digestif.

Mais la fissure à l'anus peut-elle exister sans contracture? Des auteurs ont dit avoir observé des faits de ce genre. Si les observateurs ne se sont point trompés, si vraiment ils ont constaté de véritables fissures sans leur compagne presque obligée, la contracture du sphincter, peut-être trouverait-on une explication de ce fait dans la division admise par M. Blandin.

Ce professeur admet que la fissure à l'anus peut être située au-dessus, au niveau ou au-dessous du sphincter. Il serait difficile d'admettre que, dans les deux premières classes, cette affection existât seule; dans la dernière, la chose serait possible.

Pour avoir une idée exacte du siége et des causes de la fis-

sure, j'ai analysé toutes les observations relatives à cette maladie publiées depuis Boyer, dans les thèses ou dans les journaux de médecine. Ces faits ne sont point aussi nombreux qu'on se l'imagine tout d'abord : on publie peu les observations de fissures à l'anus, et quand on les publie, c'est plus pour appuyer certaines données thérapeutiques que pour éclairer d'autres points, moins importants il est vrai.

Le nombre des faits que j'ai recueillis, joints à ceux qui me sont propres, s'élève à 53.

Parmi ces 53 observations, nous en trouvons 30 pour les hommes et 23 pour les femmes. Ce résultat est donc en opposition avec l'assertion de Boyer, qui prétend que les femmes sont plus sujettes à cette affection que les hommes. Si maintenant nous cherchons à déterminer la fréquence du siége, nous trouvons seulement 38 observations dans lesquelles cette particularité soit indiquée :

16 fois le siége de la fissure était à droite,
14 — à gauche,
8 — il se trouve en avant ou en arrière.

Les auteurs sont loin d'être précis quand ils disent que la maladie est en avant ou en arrière; ils ne disent point si c'est sur la ligne médiane.

La fissure à l'anus peut être unique ou multiple : sur 53 cas, 6 fois elle a été double, triple ou quadruple.

Relativement à l'âge, j'ai trouvé 42 observations dans lesquelles il a été indiqué. Ces faits se divisent de la façon suivante :

de	14	à	20	ans,	3	cas.
—	20	—	30	—	13	—
—	30	—	40	—	15	—
—	40	—	50	—	7	—
—	50	—	60	—	4	—

C'est donc de 20 à 30 et de 30 à 40 que cette affection serait plus commune.

J'ai voulu aussi apprécier le rôle que jouent la constipation et les hémorrhoïdes dans cette affection : j'ai trouvé 32 cas où il est fait mention de ces deux états.

Dans 26 cas, la constipation est notée ; dans les 6 autres, il est indiqué que les hémorrhoïdes existaient, soit seules, soit jointes à la constipation.

La fissure, dans un cas, a succédé à une diarrhée ; ce qui s'explique très-bien par l'irritation vive dont cette partie devient le siége, et par la contraction spasmodique que l'on y rencontre également.

Les douleurs qui surviennent dans la fissure à l'anus pendant la défécation peuvent se diviser en deux périodes : 1° celles qui arrivent à l'instant même de la défécation, 2° celles qui la suivent. Les premières sont dues au passage des matières, qui, par leur composition et souvent même leur volume, leur dureté, viennent fortement irriter la partie malade. Mais comment expliquer ces douleurs intolérables, accablantes, qui surviennent une heure après la défécation? Celles-ci me paraissent tenir à la contracture même. En effet, la muqueuse excitée fait contracter le sphincter ; dès lors, les plis de l'anus sont fortement augmentés ; la fissure qui se trouve au fond de ces plis a donc ses bords douloureusement comprimés : d'où la souffrance jusqu'à ce que l'excitation ait cessé d'agir.

Avant de décrire le manuel opératoire de la section sous-muqueuse du sphincter et les circonstances pathologiques qui peuvent l'accompagner, je vais donner une série d'observations de fissures à l'anus, dans lesquelles cette opération a été faite avec succès. Ces observations sont au nombre de huit : une d'elles a déjà été insérée à l'article *Contraction spasmodique ;* les observations ont été prises à l'hôpital ou dans la pratique particulière de M. Blandin.

Série d'observations de fissures à l'anus guéries par la section sous-muqueuse du sphincter anal.

Obs. VIII. — Vers le mois de novembre 1842, j'accompagnai M. Blandin chez une dame anglaise âgée de 30 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin. Cette dame était affectée d'une fissure à l'anus depuis deux ans; tous les moyens ordinairement prescrits contre cette affection avaient été employés sans succès, à part toutefois l'opération. Cette dame avait été en Italie, espérant trouver sous un nouveau climat une guérison complète, sinon une amélioration à une maladie contre laquelle la médecine avait été jusque-là impuissante. A son retour d'Italie, elle vint à Paris consulter M. Blandin, qui, après avoir reconnu une fisssure à l'anus avec contracture du sphincter, lui proposa l'opération, qui fut faite par la section sous-muqueuse. Au moment de la section du muscle, on entendit un bruit analogue à celui que fait un tendon rétracté lorsqu'on le coupe. Après cette opération, la réunion de la petite piqûre ne se fit point par première intention; une petite quantité de sang s'écoula pendant plusieurs jours de la plaie, ensuite du pus. Cependant la malade cessa de souffrir dès que la myotomie fut pratiquée, et quinze jours après, la malade était complétement guérie de sa fissure et de la petite plaie nécessitée par l'opération.

Obs. IX. — *Fissure à l'anus; section sous-muqueuse; guérison.* — M. Blandin, en 1843, fut consulté par une marchande de tapis de la rue Saint-Honoré. Cette dame, âgée de 30 ans environ, est d'un tempérament lymphatique et nerveux. Depuis dix-huit mois, elle est affectée d'une fissure à l'anus, pour laquelle son médecin ordinaire lui donne des soins. Elle fut opérée par M. Blandin. Il ne survint aucun accident, et huit jours après cette opération, la malade était complétement guérie.

Obs. X. — *Fissure à l'anus; section sous-muqueuse; guérison.* — Un employé de l'ambassade turque était affecté de fissure à l'anus depuis plusieurs années. Cette maladie lui causait des douleurs extrêmement vives; il avait fait usage, pendant longtemps, de lavements de ratanhia que lui avait prescrits M. le professeur Trousseau; il n'avait été soulagé par aucun des remèdes qu'il avait employés: aussi était-il découragé lorsqu'il consulta M. Blandin.

La ténotomie sous-muqueuse fut pratiquée; il ne survint aucun accident, et le malade fut promptement guéri.

Obs. XI. — *Fissure à l'anus; myotomie sous-muqueuse; guérison.* (Recueillie à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 17.) — Mademoiselle Martin, âgée de 27 ans, non mariée, marchande d'huîtres, née à Paris; d'un tempérament nerveux. Elle a toujours eu une bonne santé, à part une constipation constante qui s'est manifestée à 12 ans; depuis cette époque, elle va toujours à la garde-robe avec peine, malgré les lavements. Les matières qu'elle rend sont arrondies, petites et souvent teintes de sang. Il y a trois ans environ qu'elle commença à souffrir après chaque selle: c'est pourquoi elle les retardait autant qu'elle pouvait; quelquefois elle était cinq et six jours sans se présenter à la garde-robe. L'anus était habituellement douloureux; l'introduction du doigt ou de la canule de la seringue était insupportable; la contraction du sphincter était considérable. La malade était de plus affectée d'hémorrhoïdes dont elle ne pouvait point indiquer l'époque de l'apparition. Le jour où la malade allait à la selle, elle cessait toutes ses occupations; elle éprouvait dans la région anale des douleurs qui s'irradiaient dans toutes les parties environnantes; alors elle ne pouvait ni tousser, ni marcher, tant la faiblesse des membres était grande. Néanmoins l'appétit se soutenait. Dans l'intervalle des douleurs, elle vaquait à ses occupations; mais elle était triste. Elle avait fait usage pendant longtemps de lavements de ratanhia sans aucun succès. Elle fut opérée le 3 février, et depuis ce moment jusqu'à sa sortie de l'hôpital, qui eut lieu le 14, elle n'éprouva plus de douleurs; la petite plaie de l'opération était cicatrisée; il n'était survenu aucun accident. Plusieurs fois la malade avait été à la garde-robe sans souffrir; nous l'engageâmes beaucoup à revenir à l'hôpital si elle souffrait de nouveau. Nous ne la revîmes point.

Obs. XII. — *Fissure à l'anus; opération; guérison.* (Recueillie à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne.) — Le 23 juin 1843, est entrée à l'Hôtel-Dieu la nommée Marie Simon, âgée de 38 ans, portière; elle est d'un tempérament lymphatique, d'une santé habituellement bonne, mère d'un seul enfant. Depuis six mois, elle souffre en allant à la garde-robe, mais c'est depuis un mois surtout que les douleurs, devenues plus vives, l'ont forcée à venir réclamer des soins. Elle ne connaît point la cause du mal qui l'amène à l'hôpital; elle n'a jamais eu de maladies vénériennes. Dans les pre-

miers temps de son affection ; elle était constipée, n'allait à la garde-robe que tous les cinq ou six jours. La marche, les courses qu'elle faisait quelquefois dans la ville, renouvelaient ses douleurs ; souvent la position assise les rendait intolérables : alors elle se couchait, et celles-ci disparaissaient. Dans les derniers temps, le cylindre stercoral était taché de glaires sanguinolentes ; mais d'un seul côté de sa périphérie. La malade n'a suivi aucun traitement ; elle prenait quelquefois un lavement émollient et de légers purgatifs.

Le 24 juin, au matin, on constate une ulcération, allongée du côté droit de l'anus ; son extrémité inférieure ne dépasse pas le niveau du sphincter ; son extrémité supérieure s'élève à peine au-dessus de ce muscle, autant du moins que le doigt peut le constater ; le fond en est d'un vif rouge, saignant facilement ; ses bords sont élevés ; point de bourrelet hémorrhoïdal. Le doigt, introduit dans l'anus, est fortement serré par le sphincter. Ce contact du doigt détermine de vives douleurs ; un sentiment de brûlure et de déchirement ; il en sort sali par du sang et des glaires. L'appétit a diminué depuis que les douleurs sont devenues plus intenses ; le teint est pâle, les fonctions semblent languir ; jamais cette femme n'a eu d'hémorrhagies par l'anus ; ses règles n'ont éprouvé aucun retard ni avant, ni pendant la maladie. L'opération a été faite le 1er juillet ; la malade est sortie le 10 très-bien guérie. Quinze jours après sa sortie, nous revîmes la malade : elle n'avait plus souffert.

Obs. XIII. — *Fissure à l'anus ; section sous-muqueuse ; guérison.* (Hotel-Dieu, salle Saint-Jean, n° 40.) — Le 16 avril dernier, Jutard, âgé de 41 ans, tourneur en cuivre, d'une constitution lymphatique et nerveuse. Il a toujours eu une bonne santé ; depuis cinq ans seulement, il est tourmenté par des hémorrhoïdes qui, lorsqu'elles viennent trop douloureuses, sont heureusement calmées par des bains de siége et des lavements qui remédient en même temps à sa constipation habituelle. Il y a trois mois qu'il a commencé à souffrir dans la région de l'anus, chaque fois qu'il se présentait à la selle. Ces douleurs acquéraient en peu de temps un degré de gravité tel, que le malade redoutait beaucoup de satisfaire à ses besoins. Toutefois, ce n'était point au moment de la garde-robe que les douleurs étaient les plus vives, mais une heure après : alors le malade était obligé de suspendre ses travaux, tant il souffrait dans la région de l'anus et dans les cuisses ; il comparait ses dou-

leurs à du prurit et à des brûlures qui s'irradiaient dans tout le fondement. Il éprouvait, de plus, un abattement général ; il souffrait plus à gauche qu'à droite : il existait, en effet, à ce côté, une fissure assez profonde, peu étendue, située au niveau du sphincter. Le doigt, porté dans l'anus, occasionnait de vives douleurs, surtout du côté de la fissure, après chaque défécation. Le malade ne pouvait rester debout, tant sa faiblesse était grande : aussi s'asseyait-il aussitôt, et il trouvait un allégement à ses maux dans cette position. Quoique obligé de travailler pour vivre, il interrompait ses occupations le jour où il était forcé d'aller à la garde-robe. Opéré le 19 avril, par la méthode sous-muqueuse, il put aller à la selle, cinq jours après, sans éprouver aucune souffrance. A cette même époque, il était guéri de sa petite ponction. La contracture du sphincter était considérable ; au moment de la section, les personnes présentes entendirent l'espèce de craquement que l'on entend souvent dans cette circonstance. Ce malade resta à l'hôpital dix jours ; chaque fois qu'il se présentait à la selle, il n'accusait plus de douleurs. Il sortit, promettant bien de revenir s'il souffrait de nouveau ; depuis il n'est point revenu.

Obs. XIV. — *Constriction et fissure à l'anus ; double section sous-muqueuse de sphincter ; guérison.* (Cette observation a été rédigée par le malade lui-même.) — À la fin du mois de février dernier, M. X..., étudiant en médecine, âgé de 24 ans, d'une bonne constitution et n'ayant jamais eu d'hémorrhoïdes, fut pris d'une constipation opiniâtre qui dura plusieurs jours. Les efforts qu'il fut obligé de faire pour aller à la garde-robe lui occasionnaient de vives douleurs ; il s'aperçut qu'il rendait alors un peu de sang. Il eut recours aux purgatifs : la constipation cessa, et en même temps disparurent les douleurs ; mais, au bout de quelque temps, sept ou huit jours environ, il ressentit, pendant l'acte de la défécation, une espèce de déchirure qui se fit au moment du passage des matières dans cet endroit. Il éprouva une sensation semblable à celle qu'occasionnerait le passage d'un corps étranger sur une surface ulcérée ; cette sensation fut suivie de picotements qui se confondirent bientôt avec du prurit et un sentiment de chaleur et de resserrement dans tout le fondement : il fit quelques lotions avec de l'eau froide, et cette sensation se dissipa au bout d'une demi-heure environ. Le lendemain, craignant d'avoir des hémorrhoïdes qui le fissent souffrir, il se mit un peu de cérat sur tout le pourtour de l'anus, quelques instants avant d'aller à la garde-robe : pendant

la défécation, il ne ressentit aucune des douleurs de la veille, seulement il avait une espèce d'appréhension involontaire à dilater le sphincter anal; après la défécation, il ne ressentit ni chaleur, ni resserrement au fondement. Il usa de ce petit moyen pendant une douzaine de jours, et comme, pendant et après la défécation, il cessa de souffrir pendant plusieurs jours, il se crut complétement débarrassé, et cessa d'user de toute espèce de précaution. C'est alors qu'il eut une crise affreuse; il alla à la garde-robe le soir sur les huit heures; il lui sembla que quelque chose se déchirait au passage, et, quelque temps après l'excrétion, apparurent un prurit, une cuisson et un resserrement excessivement pénibles dans tout le fondement. Au lieu de diminuer d'intensité, cette dernière sensation ne fit qu'augmenter; au bout de trois ou quatre heures, c'étaient des élancements, des pulsations semblables à celles qu'occasionne un phlegmon dans cette région, enfin une série de souffrances que le malade ne peut décrire. La douleur fut même poussée jusqu'à faire éprouver une espèce de contraction convulsive générale et même de la défaillance. Il essaya des lotions et des lavements froids, s'injecta du cérat opiacé; mais rien ne put le calmer. Des mèches très-petites, induites de pommade belladonisée, ne firent qu'exaspérer les souffrances; enfin, au bout de six à sept heures, il s'appliqua un large cataplasme émollient sur cette région, et parvint à s'endormir. Le lendemain, à son réveil, il ne sentait plus rien. Il alla consulter un médecin, qui, en dilatant l'anus, parvint avec assez de peine à apercevoir l'extrémité inférieure d'une fissure placée en haut et à droite. Cet examen donna lieu à un petit écoulement de sang. Une cautérisation avec le nitrate d'argent fut faite; elle occasionna d'assez vives douleurs, mais en rien comparables à celles qui ont été signalées plus haut.

Les jours suivants, il n'alla à la garde-robe qu'après avoir pris des lavements émollients; il ne souffrit que très-peu dans l'intervalle des évacuations; c'est tout au plus s'il ressentait quelques légers élancements après les repas et à l'approche des garde-robes; dans ce dernier moment, il éprouvait de la pesanteur dans le fondement et une grande difficulté à introduire la canule du clysopompe, tant était grande la contracture du sphincter. Il observa aussi à cette époque que les matières fécales, quoique ramollies par les lavements, éprouvaient, dans leur passage à l'anus, une grande résistance de la part du sphincter. Il put même remarquer qu'au lieu d'être cylindriques, ces matières étaient un peu aplaties sur les côtés. C'est à cette époque, c'est-à-dire au commencement

d'avril, qu'il alla trouver M. Trousseau, qui lui conseilla l'emploi de l'extrait de ratanhia en lavement.

Après sept ou huit jours de traitement, le malade ne sentit plus de douleurs pendant les évacuations alvines; mais une heure après, il souffrait toujours un peu. Il continua, pendant plus d'un mois, l'usage de la ratanhia; et, comme il n'était point guéri, il consulta M. Blandin, qui, après s'être assuré qu'il existait une très-grande contraction du sphincter, et deux fissures à droite et une petite à gauche, proposa l'opération par la section sous-muqueuse du sphincter. L'opération fut faite le 16 mai au matin. Quatre jours après l'opération, le malade vint à pied à l'hôpital; il avait été à la selle le matin; et, bien qu'il eût pris un lavement émollient, il rendit des matières dures et d'un gros calibre, qui occasionnèrent un peu de douleur pendant le passage, douleur qui se dissipa immédiatement après l'évacuation. Quinze jours après l'opération, comme le malade éprouvait encore un peu de souffrance, M. Blandin s'aperçut qu'il y avait encore de la contracture du côté du sphincter; il conseilla de nouveau l'opération. La section fut faite du côté gauche, et depuis le malade n'a rien ressenti de semblable aux douleurs de la fissure et de la contracture.

Pour rendre cette observation complète, nous devons ajouter que le malade éprouva encore quelques douleurs après cette seconde opération; mais, comme le dit l'auteur de l'observation, les douleurs n'avaient rien de comparable à celles qu'il avait éprouvées antérieurement. Ce jeune homme quitta Paris dans cette circonstance, alla pour quelque temps dans sa famille, d'où il revint complétement guéri, sous l'influence de deux opérations qu'il avait subies.

Description de l'opération.

Avant de pratiquer la myotomie du sphincter, il importe de vider le rectum du malade; sans cette précaution, il pourrait survenir de petits accidents. En effet, si l'opéré se présentait à la garde-robe peu de temps après l'opération, il serait à craindre que les efforts qu'il ferait dans cette circonstance ne rompissent la cicatrice encore tendre et qu'il ne survînt ainsi des accidents. Le malade doit être placé comme pour l'opération de Boyer, un aide relève la fesse du côté opposé à

celui sur lequel doit être faite la section. Cette dernière est toujours pratiquée sur un des côtés de l'anus afin de couper le sphincter dans sa partie moyenne. Quant à ce qui est de l'appareil instrumental, on peut se servir ou d'un ténotome ordinaire, ou d'un bistouri particulier imaginé par M. Blandin. Le premier de ces instruments présente un inconvénient, c'est qu'il n'est ni assez long, ni assez fortement boutonné; cette particularité fait que, pendant son introduction, il peut couper ou rompre la membrane muqueuse. La perforation de cette membrane pourrait être la cause d'accidents sérieux; en effet, les matières intestinales pénétreraient par cette ouverture et donneraient lieu à des accidents inflammatoires plus ou moins graves.

L'instrument imaginé par M. Blandin est un bistouri monté sur un manche assez fort; sur une des faces de la lame de l'instrument se trouve une plaque mobile à la façon d'un canif à coulisse; cette plaque est arrondie à son extrémité, sa longueur dépasse un peu celle de la lame; lorsqu'elle est poussée, elle couvre complétement celle-ci. Sur le manche de l'instrument se trouvent des points de repère qui indiquent la direction du tranchant. Avec ce seul instrument on peut faire toute l'opération. Quand on ne veut que faire une ponction à la peau on découvre un peu la lame; lorsqu'au contraire on veut faire passer le bistouri entre le muscle et la muqueuse, on cache le tranchant par la plaque mobile, et dès lors l'instrument agit comme un stylet mousse un peu aplati. Lorsque l'on veut couper, au contraire, on fait rentrer la plaque dans l'intérieur du manche et on agit comme avec un bistouri ordinaire.

Que l'on se serve d'un ténotome ordinaire ou de celui de M. Blandin, l'opération est toujours fort simple; toutefois, il faut 1° faire une petite ouverture à la peau;

2° Introduire le doigt dans le rectum en même temps que l'on fait tendre la peau des deux côtés de l'anus.

3° On fait passer le ténotome entre la muqueuse et le sphincter.

4° On coupe ce dernier.

Un mot maintenant sur chacun des temps de l'opération. A quelle distance de l'anus doit être faite la petite incision de la peau? Le siége de cette ponction n'est point indifférent : si on la fait trop près de l'anus, outre qu'il est difficile de couper toutes les fibres du sphincter sans couper la peau en même temps, elle expose encore à d'autres inconvénients. Si le malade se présente à la garde-robe avant qu'elle se soit complétement cicatrisée, elle pourra se rompre, donner issue à une certaine quantité de sang et à une inflammation plus ou moins vive de ces parties. Si, au contraire, on s'éloigne trop de l'anus, on arrive difficilement à couper les fibres les plus internes du sphincter, surtout lorsque le sphincter interne est lui-même contracturé. C'est ordinairement à 2 ou 3 centimètres de l'anus que l'on fait la ponction à la peau.

L'introduction du doigt dans le rectum est une chose indispensable, en même temps que la tension de la fesse du côté où se fera l'opération, pour faciliter le passage du ténotome; sans ces deux précautions réunies, il peut arriver de rompre la muqueuse rectale. Il faut avoir soin de faire cheminer l'instrument avec douceur, afin de détacher les parties dans une moindre étendue. Ce temps de l'opération est le plus délicat, surtout lorsqu'il s'agit de passer au niveau du sphincter. M. Velpeau a, dans un cas, évité cette difficulté en coupant le muscle de sa partie profonde vers sa partie superficielle. Cette modification présente deux inconvénients : elle expose ou à couper plus que le sphincter, ou à le couper incomplétement. Dès que le ténotome est introduit, il ne s'agit plus que d'agir comme dans la ténotomie ordinaire. Au moment où on fait agir l'instrument tranchant, on entend un bruit particulier, une espèce de craquement, et, aussitôt que l'opération est achevée, le doigt sent distinctement un espace entre les deux parties du muscle ainsi divisé.

Dès que l'opération est terminée, on panse le malade, on applique un petit plumasseau cératé ou une compresse d'eau

froide sur la petite incision. On renouvelle souvent ce petit pansement, et, au bout de peu jours, le malade est guéri de son opération et de la maladie qui l'avait exigée. Le malade gardera le lit pendant cinq ou six jours; quoique cette précaution ne soit point de rigueur, elle est avantageuse en ce sens qu'il est plus facile d'obtenir une réunion sans inflammation de la petite plaie, et de faire observer un régime plus sévère à l'opéré; il importe, en effet, que ce dernier ne se présente à la garde-robe que trois ou quatre jours après l'opération; alors la réunion est faite, le sang épanché entre les parties divisées est déjà modifié, et il n'y a plus à redouter la rupture de la cicatrice non plus que l'expulsion du fluide épanché.

Quelques accidents peuvent compliquer cette opération. Nous signalerons surtout un épanchement sanguin plus ou moins considérable autour de l'anus et son écoulement par la petite incision faite à la peau. Cet accident s'est montré surtout dans la sixième observation, ce qui n'a point empêché le malade de guérir. Dans un cas rapporté plus haut (8e obs.), il survint une inflammation de l'incision faite aux parties profondes, il s'écoula un peu de pus pendant quelques jours; néanmoins le malade guérit parfaitement bien. Que se passe-t-il profondément à la suite de ces sections? comment la continuité des parties se trouve-t-elle rétablie? Il est probable que le sphincter se comporte comme tous les muscles divisés dans la myotomie; aussi ne m'en occuperai-je pas, cela rentrant dans une question plus générale que je ne veux point aborder. Maintenant peut-être devrais-je comparer ce moyen thérapeutique aux moyens également vantés dans les circonstances où je propose de l'employer. Mais si j'ai démontré dans le courant de ce travail que la section sous-muqueuse du sphincter est préférable à celle de Boyer, attendu qu'elle n'en présente ni les inconvénients ni les dangers, n'ai-je point implicitement montré sa supériorité sur toutes les autres opérations, et surtout les agents médicaux proposés pour remplacer l'opération de ce grand chirurgien?

Disons en terminant que la section du sphincter d'un seul côté est quelquefois insuffisante, soit que le muscle ait été incomplétement coupé, soit qu'une autre cause intervienne et empêche le résultat heureux de l'opération d'avoir lieu. Dans un cas semblable, M. Blandin fit la myotomie des deux côtés, et le malade cessa de souffrir. Dans les premiers temps de l'application de ce procédé opératoire, des mèches étaient introduites dans le rectum; bientôt elles furent supprimées comme inutiles et dangereuses même, car elles irritaient le petit ulcère caractérisant la fissure. Mais que devient celui-ci abandonné à lui-même? il se cicatrise comme une petite plaie simple placée dans ce point; il est bien clair que si la cicatrisation se faisait attendre on pourrait le modifier comme toute plaie accessible à nos moyens chirurgicaux.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU FÉMUR PAR LE RELACHEMENT ABSOLU ; APPAREIL APPLICABLE A CETTE MÉTHODE. — OBSERVATIONS ET PLANCHES SUR CE SUJET ;

Par Alph. Loreau, *D. M. P., ancien élève de l'École pratique et des hôpitaux de Paris, professeur suppléant à l'École préparatoire de Poitiers, etc.*

(Fin.)

De l'application.

Sous ce titre, peuvent se ranger les préceptes à suivre pour débarrasser un malade de ses vêtements, le placer dans une position commode qui lui permette d'attendre, avec le moins de douleurs possible, que les préparatifs de l'opération soient achevés, enfin la manière de réduire la fracture et d'en contenir les fragments.

Il y a, dans tous les ouvrages de chirurgie, un paragraphe

sur les précautions à prendre pour déshabiller un blessé sans tiraillements ni secousses; on ne peut rien y ajouter que la plus légère habitude ne fasse pressentir et mettre en œuvre.

La position à donner au sujet sera tout d'abord celle qui, plus tard, doit servir de base au traitement; elle a été longuement décrite précédemment.

Il ne reste donc à dire que la manière de réduire la fracture, et d'en contenir les fragments : deux temps d'une même opération qui doivent en quelque sorte se confondre pour se compléter respectivement; mais avant, et pour n'avoir pas à séparer la contention de la réduction, il faut m'arrêter sur la préparation de l'appareil. S'il m'arrive à ce propos d'entrer peut-être dans des détails minutieux, et d'insister sur des considérations de peu de valeur en apparence, c'est qu'il n'est que trop fréquent de voir négliger une chose par le peu d'importance qu'on lui accorde, bien qu'en réalité, elle puisse influer sur le résultat. Chacun doit savoir qu'en pratique, c'est bien plus aux petites précautions que l'on dédaigne, qu'aux grandes règles que l'on suit, qu'il faut attribuer les insuccès.

1° *Des bandes.* — Il faut au moins 40 mètres de bandes pour un adulte; elles seront roulées en globes bien serrés de 10 à 12 mètres, selon que la toile sera plus ou moins épaisse. Leur largeur variera de 5 à 8 ou 9 centimètres; on sentira l'opportunité de cette différence de largeur si l'on réfléchit que les unes doivent servir à entourer le pied et le bas de la jambe: les saillies et les enfoncements qui s'y rencontrent rendraient inévitables la formation de froncements et de godets, si sa largeur était exagérée; tandis qu'à la cuisse, au contraire, si elles étaient trop étroites, elles pourraient faire corde, et comprimer douloureusement.

Il va sans dire que c'est dans les applications immédiates qu'il faut redoubler de soins dans la disposition des bandes;

celles qui auront pour usage de maintenir les attelles, les compresses, etc., et qui seront ainsi placées médiatement, réclament par-dessus tout la plus grande solidité.

Les bandes se font ordinairement d'une toile demi-usée, non rapiécée; il importe assez peu qu'elle soit de chanvre ou de coton, pourvu qu'elles offrent assez de résistance. La toile neuve ne convient pas; en effet, celle de chanvre, rude au toucher, à moins qu'elle ne soit très-fine, manque de souplesse, est d'un contact douloureux et d'une application peu solide; celle de coton est plus douce sans doute, mais l'apprêt qui la recouvre la rend glissante, et par cela même ses bandes sont impossibles à maintenir.

Or, la fixité étant l'une des conditions essentielles de l'appareil, on ne saurait donner trop de soins à la confection des bandes qui doivent la procurer; et, s'il est dangereux de rendre cet appareil inamovible, il ne le sera pas moins de tomber dans le défaut contraire. Pour l'issu du traitement, l'un est aussi à redouter que l'autre, quoique par des raisons différentes. Sous ce rapport, les travaux récents de MM. Seutin et Velpeau ont été un vrai progrès pour l'art déligatoire; et les bandes dextrinées surtout, que l'on doit à ce dernier, seront chaque jour, en pratique, d'un avantage incontestable par la solidité qu'elles procurent.

Quelle que soit la toile dont on fait les bandes, elles doivent toujours être sans coutures sur les bords, il faut même éviter de les surfiler. Si je reproduis ici cette recommandation tant de fois faite par les maîtres de l'art, c'est que tout récemment encore j'ai vu des médecins ordonner de les ourler afin de les empêcher de s'effiler.

Une couture, un simple surfilage équivaut à une corde tranchante, dont on garnirait les bords d'une bande; dans l'application l'effet serait tout à fait identique.

L'extensibilité ne peut être la même au milieu et sur les bords quand ceux-ci ont été renforcés par un repli; et dès

lors, la compression est inégale, des étranglements en sont la conséquence, puis vient la douleur qui est insupportable, la stase des liquides, l'augmentation du gonflement, et l'obligation de desserrer l'appareil au détriment de la contention désormais imparfaite, et par suite au détriment de la consolidation qui ne se fait pas ou qui n'a lieu qu'avec une triste difformité.

Les bandes ne s'effilent surabondamment que parce qu'on les taille avec des ciseaux, au lieu de les faire en déchirant la toile; alors, en effet, le droit fil est rarement suivi, et, de plus, la section nette et immédiate permet aux fils de s'échapper en grand nombre. Tandis qu'au contraire, préparées par déchirement, il tombe tout au plus un fil ou deux de chaque côté. En effet, l'on observe alors de petits prolongements filiformes, crochus et comme soyeux qui proviennent de la rupture partielle de chaque brin de chanvre, lesquels, s'entre-croisant et s'enlaçant, forment bientôt à la bande une espèce de surfilage naturel très-solide.

2° *Des compresses longues.* — Il faut les faire de toile usée, sans coutures; la longueur de chacune d'elles doit être telle qu'elles puissent faire au moins une fois et demie le tour de la cuisse; leur largeur de deux fois la largeur de la main; elles seront pliées dans le sens de leur longueur, et seront appliquées à nu sur le membre fracturé; on doit préalablement les tremper dans un liquide résolutif, l'eau de Goulard, ou simplement l'eau froide; ces compresses n'ont en elles rien de nouveau, ainsi qu'on peut voir, et elles sont du domaine de la plupart des appareils.

3° *Des compresses graduées.* — Devant correspondre aux attelles auxquelles elles seront sous-jacentes, elles devront en avoir la dimension, peut-être même serait-il prudent de leur donner deux ou trois travers de doigt de plus en longueur. Dans tous les cas il convient de les faire prismatiques, en conservant au sommet du prisme assez de largeur pour prévenir

un contact douloureux; il importe aussi que la toile qui est employée à cet usage soit très-douce par usure, et qu'elle n'ait point de coutures. L'épaisseur de chacune de ces compresses graduées doit être considérable, et il serait mieux d'exagérer leur hauteur que de tomber dans le défaut contraire. Je dois ajouter que bien des fois, la confection de ces compresses exige une très-grande attention et une certaine habitude; en effet, chez certains sujets à système musculaire très-prononcé, il existe çà et là des saillies et des anfractuosités qui rendraient la pression de contention imparfaite, inutile et même dangereuse. Pour remédier à cette difficulté, il est indispensable de faire correspondre par des saillies et des enfoncements ménagés avec soin les compresses au membre à traiter; il serait peu convenable de combler cette lacune en ajoutant séparément et comme remplissage des compresses supplémentaires.

Il y a un autre moyen de satisfaire à l'exigence des parties sans s'exposer au danger d'une compression brusque et irrégulière; pour cela je dépose sur la pièce de linge principale des bandelettes plus ou moins nombreuses, mais dont la largeur va en décroissant pour chacune d'elles, et je m'assure que l'épaisseur qui en sera la conséquence, quand la compresse graduée sera faite, devra correspondre, lors de l'application, aux anfractuosités de la cuisse.

Je dois dire, toutefois, avant de passer outre, que je préférerais les coussinets de laine, de coton, ou tout simplement de balle d'avoine ou de son, si dans les premiers jours du traitement l'on était dans l'obligation de recourir à des affusions émollientes, résolutives ou calmantes; ces diverses substances rendraient sans doute plus commode le remplissage dont j'ai parlé; mais elles ne seraient pas imbibées sans perdre leurs avantages particuliers, telles que l'élasticité et la souplesse. Je pense que les compresses graduées mériteront d'abord la préférence, mais aussi qu'il serait tout naturel de les remplacer

par des coussinets, tels que ceux que j'ai cités, quand on croirait pouvoir se passer du bénéfice des affusions.

Il ne faudra pas négliger de fixer par quelques points de fil les replis des compresses graduées; sans cette précaution, elles pourraient se défaire à chaque pansement et causer ainsi un grand embarras et un retard considérable lors de la réapplication.

4° *Des attelles immédiates ou fémorales.* — Au nombre de trois, l'une antérieure-externe; la deuxième, interne; la troisième, postérieure. Ce nombre suffit pour tous les cas, mais il est indispensable pour le maintien parfait des fragments; chacun sait que Pott n'en mettait que deux, que ses élèves et quelques autres, qui avaient adopté sa méthode, en avaient porté le nombre jusqu'à quatre et même cinq, et il n'est personne qui ne se souvienne que Dupuytren, quoique plaçant le membre dans l'extension lorsque la fracture occupait le corps de l'os, appliquait trois petites attelles qu'il appelait *immédiates*, et qu'on pourrait encore désigner par la dénomination de *fémorales*.

Il est bien entendu, en effet, que ces trois attelles ne doivent pas dépasser le genou; je m'en expliquerai d'ailleurs en parlant de la longueur à donner à chacune d'elles.

Ces attelles seront d'un bois léger, et elles n'auront que peu d'épaisseur; les angles en seront arrondis et émoussés avec soin, et pour plus de propreté on pourra les envelopper dans des pièces de linge que l'on mouillera lors de l'application. Il serait peut-être bon, ainsi que je l'ai conseillé dans mes leçons, de les fixer par quelques points de fil aux compresses graduées, afin de les appliquer simultanément; cette précaution, futile en apparence, offre pourtant le double avantage d'accélérer l'opération, et de diminuer les difficultés que les aides peuvent avoir à contenir les diverses pièces d'appareil.

La largeur de ces attelles variera de deux à trois travers de doigt, suivant le volume de la cuisse chez les divers sujets.

Leur longueur ne sera pas la même, on le concevra aisément : ainsi, si la première, que j'appelle *antéro-externe*, peut, sans inconvénient pour le malade, remonter assez haut vers sa hanche, et descendre assez bas pour dépasser le genou, il s'en faut qu'il puisse en être ainsi à l'égard des deux autres. La deuxième ou interne s'étendant du genou au pli périnéal, il en résulte que si elle est trop longue, mal garnie supérieurement, ou placée sans précautions, elle pourra, pour peu qu'elle remonte, causer une gêne incessante, une douleur vive, voire même, si l'on n'y remédiait, des excoriations et des abcès. La troisième ou postérieure demande plus d'attention encore dans les mesures de sa longueur; celle-ci, en effet, est limitée supérieurement par le pli de la fesse, inférieurement par le creux du jarret, de sorte que, si elle est trop longue, elle s'arc-boutera par l'une ou l'autre extrémité, et deviendra insupportable. Cependant, s'il est dangereux d'exagérer leur longueur, il faut éviter de les faire trop courtes, car ce ne serait qu'au détriment de la solidité de contention qu'elles doivent procurer. On préviendra d'ailleurs tout accident si l'on a le soin d'en garnir les bouts soit avec de petits coussinets, soit plus simplement en les recouvrant de la compresse graduée qui doit dépasser de trois travers de doigt en haut et autant en bas.

5° *Attelles articulées.* (Pl. 1, fig. 4.) — Pour faire ces attelles, il faut un bois dur et solide, comme le serait le chêne, par exemple; on fait disposer des attelles ordinaires semblables pour la largeur et l'épaisseur à l'attelle de Desault; puis on leur donne les diverses longueurs dont les mesures suivent : 1° du grand trochanter à l'articulation fémoro-tibiale; 2° de cette articulation à la saillie de la malléole externe; 3° si quelque circonstance le fait croire nécessaire, de l'articulation tibio-tarsienne, au bout du pied; et je dois ajouter, pour les cas de fracture du col, 4° du grand trochanter au bord inférieur du creux de l'aisselle.

Ainsi sera constituée l'attelle externe, se composant, lorsqu'elle sera complète, d'une branche thoracique, d'une autre fémorale, d'une troisième jambière ou péronéale, et, enfin, d'une quatrième pédieuse.

Les seules vraiment indispensables dans les fractures du corps de l'os sont : la fémorale et la jambière ; mais lorsque la fracture aura son siége près des trochanters ou quand elle affectera le col du fémur, l'on devra ajouter l'attelle thoracique, et la pédieuse aura souvent aussi une utilité incontestable.

L'attelle articulée interne n'aura que deux parties : 1° l'une fémorale, qui doit s'étendre du pli périnéal à l'articulation du genou ; 2° l'autre, jambière interne ou tibiale, qui, de cette articulation, descendra jusqu'à la malléole interne à peu près.

Cette attelle articulée interne, ainsi que je l'expliquerai bientôt, trouvera son application dans les fractures du col, et aussi dans celles du corps de l'os qui seraient consolidées vicieusement, et dont on se proposerait de redresser le cal. (Voir obs. 2.)

Ces attelles ainsi disposées, on en unit les diverses branches avec des vis fixées en dehors par des écrous à oreilles (pl. 1, fig. 4, E), de manière à pouvoir, par cette espèce d'articulation, les rendre fixes ou mobiles à volonté et selon les besoins du traitement; augmenter ou diminuer le degré de flexion selon les cas et les diverses occurrences. Si l'on ne pouvait se procurer de vis ni d'écrous à oreilles, l'on remplacerait l'une par un clou rivé en dehors qui constituerait la charnière indiquée pl. 1, fig. 4, A., et l'on suppléerait à l'écrou par une cheville (pl. 1, fig. 4, C), ou encore par une petite traverse de bois (pl. 1, fig. 4, T) fixée aux deux parties de l'attelle dont on voudrait obtenir l'immobilité.

On pourrait, dans les hôpitaux, pratiquer à chaque extrémité de ces attelles partielles un nombre suffisant de trous

(pl. 1, fig. 4, T) pour raccourcir ou allonger à discrétion l'attelle entière, et la faire ainsi servir chez des sujets de différente taille.

D'autres trous et des mortaises percées dans des points appropriés (pl. 1, fig. 4, M) laisseraient passer les cordons et les courroies nécessaires, les uns pour fixer les coussins sous-jacents et n'en faire qu'un seul tout qu'on appliquerait simultanément, les autres pour entourer le membre ou le tronc, et rendre facile de resserrer l'appareil dans l'intervalle des réapplications.

6° *Des coussins.* — Ce sont de petits sachets de toile à demi remplis de coton, de laine, de mousse, de foin ou de feuilles séchées, selon les circonstances dans lesquelles on se trouve; la sciure de bois ou le son pourront également servir; mais c'est aux balles d'avoine que l'on donne généralement la préférence, tant à cause de la facilité qu'il y a à se les procurer à la campagne et même à la ville, que, parce que se prêtant parfaitement au remplissage des diverses anfractuosités, elles n'empêchent pas l'emploi des affusions dont les avantages sont si réels au début du traitement. Ces coussins devant avoir pour mission de protéger les parties contre la pression douloureuse des attelles articulées, leur nombre correspondra à celui des branches composant ces attelles; il en sera de même de leur longueur, qu'il vaudrait mieux exagérer, surtout pour l'attelle thoracique qui pourrait, vers l'aisselle, causer de la douleur et déterminer des accidents. Il suffira de leur donner cinq ou six travers de doigt de largeur. Quelques cordons attachés d'avance permettront de les fixer aux attelles.

Si, dans les cas ordinaires, le nombre des coussins est indiqué par le nombre des pièces employées dans la confection des attelles, il n'en sera pas toujours ainsi : en effet, dans les fractures du col, par exemple, et dans les consolidations vicieuses à rectifier, il sera urgent d'avoir des coussins supplémentaires en nombre variable, et d'une dimension par-

ticulière, ainsi que l'application à chaque cas spécial nous donnera l'occasion de le faire comprendre.

Ces coussins protecteurs ne sont pas les seuls à préparer pour la confection de l'appareil, il en est d'autres qui devront servir à reposer le membre après l'application, et qui pourraient, à cause de cela, s'appeler *coussins de support*. Ceux-ci sont des espèces d'oreillers remplis de l'une des substances indiquées précédemment, et qui, superposés les uns aux autres, fixés entre eux et entourés d'une nappe pour plus de propreté, doivent avoir la disposition et l'élévation voulues pour que la situation du membre soit bien celle que j'ai recommandée.

Ils seront en carré d'une dimension égale à peu près à l'étendue de la jambe, depuis le creux poplité jusqu'au pied exclusivement. (Tous les auteurs ont signalé la fatigue et le danger qu'il peut y avoir de faire porter le talon sur les coussins, ce qui ne manquerait pas d'arriver si ceux-ci avaient trop d'étendue.)

Il faut leur donner assez d'épaisseur sans les rendre durs, et les faire assez nombreux pour qu'après l'affaissement que déterminera le poids du membre, ils maintiennent le pied à 25 ou 30 centimètres d'élévation, et le genou à 35 ou 40 à partir du niveau du lit.

De cette façon, ce n'est plus seulement le creux du jarret qui porte sur le sommet d'un cône résistant, comme il arrive dans les procédés de Ch. Bell, Earle, Ast. Cooper et Bottcher; mais c'est le membre tout entier qui repose sur une large surface, se creusant une demi-rigolle qui l'empêche de se déjeter de côté ou d'autre. (Pl. 1, fig. 3.)

Cette figure représente la disposition des coussins superposés; l'angle supérieur interne doit être plus élevé afin d'obtenir l'abduction de la cuisse; il en est de même de l'angle C ou inférieur externe, celui-ci devant ramener la jambe dans l'adduction : disposition qui a été démontrée indispen-

sable, et que les appareils à demi-flexion pure et simple ne sauraient donner.

7° *Des courroies.*— Au nombre de trois, elles auront pour usage de fixer les branches fémorales de l'attelle articulée, et remplaceront ainsi les cordons qui sont le complément de l'appareil de Scultet. Outre la garantie d'une contention solide que donnent les courroies, elles offrent pour l'avenir une nouvelle assurance d'un succès complet. Désormais, en effet, que le gonflement ait diminué ou que le cal défectueux qu'il s'agit de redresser ait cédé pour revenir à une direction meilleure, chacun pouvant resserrer l'appareil à mesure qu'il se fait un relâchement, le chevauchement ne sera plus à craindre. Par cela deviendront plus rares ces réapplications toujours si pénibles, et que les anciens appareils rendaient obligatoires tous les cinq ou six jours. Bénéfice réel, par lequel disparaissent ces besoins impérieux d'une surveillance active toujours impossible pour celui qui exerce à la campagne.

Ces courroies seront faites avec des lanières de cuir percées de trous à des distances rapprochées, ou tout simplement d'une forte toile doublée; une sangle pourrait y suppléer; dans tous les cas il convient qu'elles soient munies d'une boucle.

Elles auront une longueur suffisante pour entourer toute la cuisse revêtue de l'appareil, et même, pour plus de solidité, il serait peut-être à propos, dans certains cas, de les enrouler deux fois avant de les fixer.

Si je me contente d'en recommander l'emploi pour la cuisse seulement, c'est qu'on peut les remplacer à la jambe par un bandage roulé convenablement appliqué, et qu'un bandage de corps suffira pour maintenir l'attelle thoracique quand les circonstances en auront réclamé l'application. Je rappellerai à ce propos le conseil que donnait Dupuytren (voir ses *Leçons orales*, t. I, p. 333 et 334) d'entourer le bassin d'un bandage

de corps pour fixer l'extrémité supérieure de l'attelle externe, lorsqu'il fallait traiter une fracture située près des trochanters ; voulant par ce moyen prévenir les déplacements du fragment supérieur en faisant du bassin et du membre un seul tout immobile.

Ici pourrait finir, à la rigueur, l'exposé des pièces indispensables à la confection de l'appareil ; sans doute elles suffiraient le plus souvent, je m'en suis toujours contenté ; cependant je pressens qu'il est des occasions où l'on devra y ajouter, soit pour le rendre plus commode, plus comfortable, si je puis dire, soit pour en augmenter la puissance.

Pour atteindre ce double but, bien des choses sont à prendre tant aux anciens qu'aux modernes. Les uns nous donneront l'extension continue ou intermittente, sans pour cela renoncer au relâchement absolu et à la méthode que je proclame ; les autres nous montreront l'hyponarthécie venant lui prêter son concours efficace, etc.

Des tractions combinées à la méthode du relâchement des muscles. — Quoique l'usage ait consacré le mot *extension* pour désigner l'emploi d'une force qui tend à allonger le membre, j'ai cru, pour éviter l'ambiguité et prévenir l'équivoque (cette expression signifiant également que le membre est étendu et non fléchi), qu'il convenait de le remplacer par le mot de *tractions*, ce qui traduit plus justement l'idée qu'il s'agit d'exprimer. Il est encore un autre motif de cette substitution de mot : en effet, extension ne signifierait, si on voulait le conserver, qu'une traction qui s'exercerait dans le sens de la longueur du membre, tandis qu'il doit être aussi question de tractions latérales, auxquelles on a si peu songé jusqu'à présent, et qui pourtant seront d'une si grande influence pour le succès dans le traitement des fractures du col du fémur.

Si, d'un autre côté, relâchement est mis à la place de demi-flexion, c'est que cette dernière locution ne représente qu'en partie les éléments de la position qui doit caractériser la mé-

thode du relâchement. Il est bien entendu toutefois que je ne propose de recourir aux tractions extensives que comme à un complément du traitement, bien loin d'en faire, avec les Vermandois, les Desault, les Boyer, le principal agent de la réduction, l'unique puissance de la contention.

L'arrêt porté par Richerand, contre les machines extensives (prop. 12), subsistera donc dans son entier, et la réprobation que Dupuytren a prononcée contre elles (prop. 13), au lieu de s'affaiblir, devra se perpétuer et se généraliser. En effet, les muscles vaincus par la position ne sauraient faire une résistance sérieuse, et les tractions légères, presque insignifiantes, resteront par cela même toujours inoffensives. Leur emploi ne causera plus ni douleurs, ni gonflement; après elles l'on ne verra plus de ces excoriations, de ces abcès, de ces gangrènes, cortége trop ordinaire des machines extensives.

Ces tractions ne seront d'ailleurs invoquées que dans certains cas spéciaux et rares, dans lesquels on croirait prudent de multiplier les moyens de contention, comme dans les fractures du col, où il importe de se mettre à l'abri des chances contraires d'un avenir toujours incertain; ou encore, ainsi que cela aurait lieu dans les fractures comminutives ou compliquées de lésions profondes, lorsque, par des causes facilement appréciables, on n'aurait pu utiliser toutes les ressources de l'appareil.

Considérées sous le point de vue de la durée d'application, ces tractions pourront être divisées en permanentes ou continues et en intermittentes.

Le relâchement étant absolu, les moyens d'exercer ces tractions simples et inoffensifs, chacun comprendra qu'il ne peut y avoir à ce sujet, ni dans un cas ni dans l'autre, de douleur réelle, d'inconvénients graves qui puissent, comme lorsque le membre est étendu et les muscles tiraillés, militer en faveur de l'une plutôt que de l'autre méthode. Il n'y aurait donc,

pour se décider dans le choix à faire pour la pratique, et fixer son jugement, que d'envisager l'efficacité de chaque manière de faire.

De tout temps, la permanence des tractions a été considérée comme indispensable, et cette croyance est encore à présent généralement adoptée par les partisans de l'extension. (Voir *Mém, de l'Académie de chirurgie. Encyclopédie des sciences médicales,* t. II, p. 510 et suiv.) Cependant Foubert et Sabatier proposèrent de laisser le membre sans appareil, et de n'exercer les tractions qu'accidentellement tous les trois ou quatre jours.

Heister, et A. Paré avant lui (chap. 21, livre *des Fractures,* p. 343), avaient déjà donné le même conseil. De nombreuses objections, de puissantes récriminations ne pouvaient manquer de s'élever contre cette innovation : ne devait-elle pas, disait-on surtout, arrêter et détruire le travail de la consolidation ?... La réprobation fut universelle! Mais voici que dans ces derniers temps, l'un des hommes les plus éminents dans la science, et par conséquent juge très-compétent en semblable matière, reproduit la même idée et s'en fait l'apologiste : dans sa leçon du 22 août 1836, M. Velpeau nous en recommandait l'emploi, en nous traçant ainsi les règles à suivre : «*Laisser de quatre à six jours, selon les besoins, le malade en repos,* puis appliquer l'appareil à extension continue; tous les cinq ou six jours, donner deux jours de repos au malade, en le débarrassant de toute espèce d'appareil, et y revenir ensuite et successivement.» Le professeur ajoutait; «Après dix ou douze jours, il existe un épanchement de matière stalactiforme qui rend plus difficiles les déplacements ultérieurs.»

Cette opinion de M. Velpeau devra lever tout scrupule désormais, et faire préférer les tractions intermittentes, comme pouvant suffire tout aussi bien que les tractions continues, et offrant de plus sur celles-ci l'avantage d'une plus grande

liberté et d'une moindre fatigue. A moins de raisons particulières, qui pourraient faire apporter quelques changements aux préceptes qui précèdent sur la durée d'application, je crois qu'ils doivent servir de règle générale.

Pour exécuter ces tractions aussi simplement que possible, il suffit d'une pierre ou d'un poids léger suspendu à une ficelle, laquelle, s'enroulant autour d'une poulie placée vers le ciel du lit, irait ensuite s'attacher au genou par une fronde du jarret, un bandage lacé ou par la cravate poplitée croisée postérieure de M. Mayor. Rien n'empêcherait de rembourrer préalablement de laine ou de coton, si l'on pouvait redouter une pression aussi faible et qui ne serait que momentanée.

C'est à peu près, ainsi qu'on peut voir, la reproduction de ce qui se fait dans l'appareil d'Amesbury. (Pl. 1, fig. 6.)

Il va sans dire que les choses seraient disposées de façon telle que la traction se ferait rigoureusement dans le sens de l'axe du fémur.

Maintenant, revenons pour l'étudier sur une proposition qui n'a été qu'énoncée au commencement de ce chapitre.

Les fractures du col du fémur qui sont au nombre de celles qui réclament comme complément de traitement ces tractions extensives, que j'appellerai encore longitudinales, exigent de plus l'adjonction d'une autre force, d'autres tractions que l'on peut désigner par les épithètes *transverses* ou *latérales*. Ceci ne peut être mis en doute, si l'on se représente la disposition anatomique du col du fémur, et si l'on se fait une idée juste de ce qui se passe lorsqu'une fracture s'est produite dans cette partie de l'os.

Le col du fémur, qui s'allonge avec l'âge, prend chez l'adulte, mais surtout chez la femme et le vieillard, une direction oblique qui se rapproche de la transversale, de telle sorte qu'alors l'angle qu'il constitue, par sa réunion à l'extrémité trochantérienne, d'obtus qu'il était dans le jeune âge, est devenu presque un angle droit. Tous les ouvrages d'anatomie mentionnent

ce fait, et il n'a pas échappé aux chirurgiens; en effet, cette disposition est l'une des principales causes prédisposantes de la fracture du col. Or, si nous supposons que la solution de continuité ait été suivie, comme cela arrive le plus ordinairement, du déplacement des fragments, n'est-il pas facile de concevoir que le chevauchement aura été opéré d'abord par un mouvement ascensionnel, c'est-à-dire de rétraction de bas en haut, qu'auront produit l'ensemble des muscles décrits comme appartenant spécialement à la cuisse; et qu'il y aura de plus un mouvement de rapprochement du grand trochanter vers l'os des iles, c'est-à-dire un déplacement transversal qui sera dû à la puissance des muscles fessiers et de ceux appartenant à la région pelvi-trochantérienne, etc.? Que l'on ajoute à cela la demi-rotation en dehors de l'os sur lui-même, produite encore par la plupart des derniers muscles indiqués, par le psoas-iliaque, et, ainsi que le fit remarquer Dupuytren, par les trois adducteurs, et l'on aura une idée de l'ensemble du déplacement qui s'observe le plus ordinairement dans les fractures du col.

Il devient évident, pour quiconque sera de bonne foi, que des tractions longitudinales, c'est-à-dire qui s'effectueront dans le sens de l'axe de l'os, ne pourront suffire pour remédier à toutes ces causes de difformité, et qu'il faut, pour compléter la réduction, agir encore par des tractions latérales, c'est-à-dire qui auront la direction transversalement oblique de l'axe du col.

M. Antonelli, de Navarre, a bien songé à cette indication: (*Journal des connaissances médico-chirurg.*, décembre 1835, p. 259). Le coussin de son qu'il plaça entre ses cuisses à l'instar du coussin cunéiforme de Desault, dans le traitement de la fracture de la clavicule, annonce assez l'intention de repousser en dehors l'extrémité trochantérienne; le membre sain fixé dans toute sa longueur au membre malade devant servir de point d'appui à cet usage.

Mais si l'idée de ce chirurgien était bonne en elle-même, son application était trop défectueuse pour lui donner des continuateurs. Car, sans parler de l'extension du membre à laquelle il revient le dixième jour pour l'application de son coussin, position qui est subversive de tout traitement rationnel, il est d'autres griefs à lui reprocher : ainsi, la fatigue, l'incommodité, la douleur que doit causer ce coussin tant par sa pression que par le repos absolu, auquel il condamne non-seulement le membre malade, mais encore le membre sain ; la difficulté, l'impossibilité pour le patient de satisfaire aux besoins de chaque jour ; et l'on pourrait ajouter son impuissance à amener le résultat qu'en attend son auteur, s'il n'est que de son, et les dangers auxquels il exposerait s'il était plus dur, c'est assurément plus qu'il n'en faut pour en faire rejeter l'emploi. Cependant il faut agir en ce sens ; pour cela, et afin d'éviter les inconvénients que je reproche aux coussins de M. Antonelli, il convient de tirer, au lieu de pousser en dehors. Mon attelle articulée servira merveilleusement sous ce rapport, et je n'aurai vraiment rien à ajouter aux pièces de mon appareil ; je dirai au chapitre de la contention les légères modifications qu'il faudra faire à sa disposition pour amener ce résultat.

De l'hyponarthécie ajoutée à la méthode du relâchement. — Les travaux de M. Mayor, de Lausanne, ses ingénieuses inventions, ont, dans ces derniers temps, en perfectionnant la suspension de Ravaton et de Seuter, contribué à ajouter beaucoup au bien-être présent des blessés, et sans doute aussi à procurer ultérieurement leur guérison plus parfaite ; il pourra bien se rencontrer des critiques qui reprocheront à ses planchettes articulées, en coulisse ou autrement, à ses châssis, etc., d'être coûteux et difficiles à confectionner ; à son mode de déligation d'être insuffisant dans plus d'un cas ; pour moi, je m'abstiens de me prononcer sur ces choses, et je lui rends hommage pour la suspension qu'il a mise en honneur et pour

les progrès incontestables qu'il a fait faire à la chirurgie des fractures.

Grâce à la suspension, un blessé n'est plus condamné à rester immobile au fond d'une alcôve, sur un lit de misère, pendant trois, quatre ou cinq mois, quelquefois plus ; désormais, malgré sa fracture, il changera de place et de position, séjournera dans un jardin pour y respirer plus à l'aise, au coin du foyer pour se désennuyer par la causerie ou la lecture ; jusqu'à un certain point, selon sa position, il s'occupera de ses affaires ou de ses études.

J'ajouterai donc à mon appareil un moyen quelconque de suspension, pourvu qu'il soit simple et commode, qu'il ne s'oppose pas à l'emploi de moyens de contention solides, pourvu surtout qu'il ne change rien à l'ensemble de la position que j'ai décrite et que je veux conserver dans son entier.

Le luxe des machines n'a rien à faire ici : le membre, ainsi qu'on le verra bientôt, est solidement enveloppé, suffisamment maintenu dans ses degrés de flexion ; et il n'aura besoin que de peu de chose pour être convenablement soutenu. Ainsi une simple planche assez large pour recevoir les coussins de balle d'avoine, assez longue pour s'étendre du jarret au talon exclusivement, voilà, à la rigueur, tout ce qu'il faut. Cette planche serait percée de trous aux quatre angles, pour donner passage aux cordes suspensives qui iraient s'accrocher à une branche d'arbre ou à un crampon placé au-dessus des lieux où voudrait séjourner le malade. Un trépied pourrait d'ailleurs le suivre partout et servir dans tous les cas.

A cette planche unique que j'appellerais *jambière*, et qui suffirait si le malade voulait conserver hors de son lit la position horizontale, on en joindrait une autre fémorale qui formerait une espèce de pupitre à angle très-ouvert, si, pour se délasser ou par quelque motif que ce soit, il voulait se redresser en se rapprochant de la verticale. (Pl. I, fig. 5). Cette seconde planche commencerait au creux poplité et s'éten-

drait vers l'ischion pour continuer en quelque sorte le siége où repose le malade; elle serait clouée à la première d'une façon immédiate et solide; ou, si on le jugeait mieux, par l'intermédiaire de lanières de cuir qui constitueraient une véritable articulation. Dans ce dernier cas, l'écartement de l'angle serait maintenu à des degrés convenables, par une traverse de bois A B (pl. 1, fig. 5), qui irait d'une planche à l'autre. Clouée en A, elle serait fixée en B par une vis; et, comme il existe vers cette extrémité plusieurs trous figurés sur la planche par des points noirs, on aurait toute latitude, en avançant ou en reculant la vis, d'étendre ou de resserrer l'angle d'écartement.

Cet appareil pourrait tout aussi bien être confectionné en toile commune très-solide, de la façon suivante : une lanière de 30 à 40 centimètres de largeur, pouvant s'étendre du talon à l'ischion, recevrait dans un large ourlet, qui garnirait ses bords dans le sens de la longueur, une tige de fil de fer de gros volume qui s'incurverait au niveau du genou pour correspondre au degré de flexion du membre; ou encore cette toile serait clouée sur des barres de bois disposées comme le fond d'un lit de sangles; ces barres de bois pourraient être fixées d'une manière mobile ou immobile, ainsi qu'il a été expliqué précédemment; des coussins de crin, de laine ou de balle d'avoine recouvriraient cet appareil et seraient maintenus par des cordons cousus de chaque côté.

Maintenant, si au lieu d'une suspension mobile par des cordes on voulait rendre la suspension immobile, qui empêche qu'on n'ajoute à ces appareils des pieds en X ou autrement, qui les rendraient facilement transportables? Car c'est bien moins, je dois le dire, à la suspension que je tiens, qu'à la possibilité de sortir un malade de son lit pour changer sa position et le délasser en le désennuyant. Que si les hôpitaux ou des personnes à l'aise désirent augmenter le bien-être de leurs malades, rien n'est facile comme de confectionner des lits à

ressorts, à crémaillères, qui, sans changer la disposition du membre fracturé, s'étendraient, se fléchiraient pour se renverser ou se redresser, selon le désir du malade.

Je donnerais immédiatement le plan d'un lit ainsi organisé et aussi peu coûteux que possible, si ce travail déjà trop long ne m'imposait des bornes, et si je ne regardais cela comme un luxe rarement utile.

Réduction et contention. — Application de l'appareil : 1° *Dans les fractures simples, transversales ou obliques du corps et des extrémités du fémur.*

Le malade, débarrassé de ses vêtements avec les précautions que la prudence suggérera, et qui sont reproduites dans tous les livres de chirurgie, les pièces de pansement convenablement disposées sur une table qui sera à la portée du chirurgien, il faut choisir ses aides et placer le patient sur le lit de misère. (Pl. 2, fig. 7.)

Du choix des aides. — C'est ordinairement parmi les parents ou les curieux que la nouvelle d'un accident rassemble que l'on prend ceux qui devront coopérer à cette opération; les qualités qu'ils doivent réunir, autant que possible, sont : le calme, le sang-froid, un peu de force manuelle et une légère intelligence; j'ai l'habitude de les informer préalablement avec quelques détails de ce qu'ils auront à faire respectivement; et même, si je soupçonne que mes explications sont mal comprises, je leur fais à part, sur le premier venu, une répétition des manœuvres à exécuter par chacun d'eux : je leur apprends à me comprendre au moindre geste, et j'échappe ainsi à la pénible nécessité de donner à haute voix, pendant l'opération, des ordres qui pourraient inquiéter ou effrayer le malade. C'est ainsi que, pour des choses même difficiles, l'on a lieu d'être satisfait du paysan le plus inexpérimenté.

Trois aides sont nécessaires, et, à la rigueur, on peut en accepter un quatrième; mais il n'est pas indispensable.

Le premier sera chargé de contenir le bassin, en entourant

le haut de la cuisse de ses deux mains largement ouvertes (CC, fig. 7); il fera plus tard la contre-extension. Sa place est au côté du malade correspondant au membre fracturé.

Le deuxième, plaçant une main (B, fig. 7) sous le jarret et de l'autre B' saisissant le genou, fixera la jambe et la cuisse dans une immobilité absolue, après les avoir amenées à la position complexe qui doit faire la base du traitement. Il aura bientôt ensuite la mission spéciale d'exercer les tractions de réduction; c'est l'aide extenseur. Il pourra être utile d'apporter, lors de la réduction, une modification importante à la disposition qui vient de lui être assignée : en effet, si l'action de la main B était impuissante à remettre en place les os chevauchés, il devrait avoir recours à l'avant-bras passé sous le creu poplité; et ceci n'est pas un des moindres avantages de sa position; je doute que, pouvant en agir ainsi sur un membre dont les muscles sont absolument relâchés, il se rencontre un seul cas dans lequel la réduction doive être ajournée, comme Boyer rapporte qu'il n'arrive que trop souvent, lorsque, pour réduire, on laisse le membre dans l'extension (prop. 17 et 18).

Si je n'assigne pas de place à l'aide extenseur, relativement au membre à traiter, c'est qu'elle ne peut être absolue, définitive, et qu'elle dépend du chirurgien qui sera ou non ambidextre pour l'application des bandes; tout ce que je puis établir ici, c'est que cet aide sera d'un côté du membre en regardant l'aide contre-extenseur, lorsque l'opérateur sera de l'autre; et qu'il devra, ainsi que l'aide dont il va être question, s'effacer de son mieux, sans rien sacrifier pourtant de son aplomb ni de sa force, afin de ne pas gêner l'action du chirurgien.

Le troisième aide, assis, pour plus d'immobilité, supportera le pied placé sur ses genoux; pour cela, il entourera de ses deux mains A et A' le bas de la jambe et la maintiendra rigoureusement dans la position qui lui aura été indiquée.

Le quatrième aide, si on l'admet, trouvera son emploi dans le cours de l'opération : il présentera au chirurgien les pièces d'appareil, à mesure de leur application; il contiendra les attelles, en attendant les tours de bandes qui doivent les fixer, etc.; pour cela, il n'aura pas de position précise, il sera partout où il pourra être utile, sans jamais gêner.

Du lit de misère. — On peut se servir indifféremment d'un divan, d'un lit de sangle, d'une table convenablement garnie, ou tout simplement du lit qui devra recevoir définitivement le blessé, pourvu qu'il ne soit pas trop élevé, qu'il soit facilement abordable et suffisamment éclairé; cependant, je dois dire qu'il ne faut faire usage du lit du malade que dans l'impossibilité d'en agir autrement; celui-ci devant rester intact, autant que possible, pour recevoir le blessé après l'opération. Le lit doit être peu élevé, pour laisser aux aides et au chirurgien toute leur force et tout leur aplomb, qu'ils perdraient indubitablement, si, au lieu de dominer le malade, ils étaient dominés par lui; car il ne faut pas perdre de vue que dans cette situation c'est autant de bas en haut que d'arrière en avant que doivent se faire les tractions réductives. (Pl. 2, fig. 7.)

Ces dispositions faites, le patient est placé avec toutes les précautions que peut suggérer la prudence la plus attentive, en travers de son lit, ou vers le pied des couches improvisées qui doivent en tenir lieu, de telle sorte que le tronc seul jusqu'au bassin y soit appuyé, pendant que le membre fracturé tout à fait libre reste au pouvoir des aides et du chirurgien qui s'en sont emparés tout d'abord; le membre sain entièrement fléchi et convenablement couvert, repose sur une chaise.

L'opérateur, alors armé d'une bande ordinaire ou d'une bande dextrinée, selon les cas, couvrira le pied et la jambe d'un bandage roulé, en ayant soin d'éviter les godets qui rendent la compression inégale et peu durable. Il garnira

d'ouate ou de laine les côtés de la crête du tibia, pour prévenir la douleur et les excoriations que la pression des bandes sur une peau aussi mince ne manquerait pas de déterminer. Ce bandage ne devra s'arrêter qu'après avoir dépassé le genou. Si l'on manquait de dextrine, on pourrait fixer les doloires par l'eau gommée, l'eau d'amidon ou tout simplement par des points de fil qui suffiront au début, et si le bandage est bien appliqué. Ceux qui se contenteront de ce dernier moyen devront avoir la précaution de se servir de fil dont la couleur, tranchant sur le blanc de la toile, puisse rendre plus commode et plus rapide la recherche qu'il faut en faire, lors de l'enlèvement du bandage; l'inamovibilité absolue ne me semblant pas plus acceptable pour cette partie de l'appareil que pour le reste. Sans doute, l'accident qui a fracturé la cuisse respecte le plus ordinairement la jambe qui se trouve libre de tout gonflement extra-normal; mais son volume doit-il pour cela rester le même pendant tout le traitement? évidemment non; il se fera en elle un amaigrissement considérable résultat naturel de la diète, du repos de ses muscles et de la compression; le relâchement s'ensuivra donc bientôt, si les bandes ne sont graduellement resserrées. En agir autrement serait d'une haute imprudence, et la compression de la cuisse, que les besoins d'une parfaite contention rendent obligatoire, ne tarderait guère, par l'arrêt de la circulation, à combler ce vide de l'amaigrissement par un gonflement œdémateux qui pourrait avoir ensuite les plus fâcheuses conséquences.

Après l'application de ce bandage roulé, il convient d'entourer la cuisse de compresses longues trempées dans un mélange résolutif, si le gonflement est considérable; dans une décoction émolliente et narcotique, si le sujet est très-irritable et que la douleur prédomine. On évitera soigneusement le froncement de ces compresses, le moindre pli pouvant être douloureux.

C'est alors qu'il faut songer à la réduction : les aides, pré-

venus par un signe, attentifs à conserver scrupuleusement la position indiquée, agiront en sens inverse pour les tractions qui doivent amener le replacement. Le chirurgien, pressant légèrement sur les mains de l'aide extenseur, l'avertit de ce qu'il doit faire; il dirige les manœuvres, prévient les secousses, empêche qu'on ne s'écarte de la ligne à suivre, et s'assure, autant que la chose est possible, du replacement des fragments, et de la bonne direction du membre (fig. 7, DD). N'ayant, de cette façon, aucun ordre à donner de vive voix, il peut encourager le patient, détourner son attention, adoucir ainsi ses souffrances; toutes choses que Dupuytren savait si bien faire!...

Les trois attelles immédiates, fixées d'avance aux compresses graduées qui doivent leur être sous-jacentes, seront appliquées avec soin et maintenues à l'aide de circulaires de bande. On s'assurera de la parfaite immobilité des aides, qui soutiendront leurs tractions avec d'autant plus de soin que c'est le moment capital de l'opération.

Pendant ce temps, les circulaires de bande se multiplient de bas en haut, montant le plus possible en dehors pour recouvrir la fesse, et revenant ensuite par des renversés vers la partie interne. De cette façon, pour peu qu'on ait l'habitude de manier une bande, on parvient à 8 ou 10 centimètres plus haut en dehors qu'en dedans sans craindre les déplacements; mais, si cette disposition des bandes est un bénéfice réel pour la solidité, je dois dire aussi que, les renversés qui procurent cet avantage étant mal faits, les bandes ne manqueront pas de glisser, ce qui sera au détriment de cette même solidité.

Uue bande ne pourrait suffire pour donner une entière sécurité, il faut en employer une seconde et même une troisième; le but à atteindre est d'obtenir une parfaite contention, et l'on conçoit que bien des circonstances viendront modifier les règles que la théorie croirait pouvoir établir à cet égard: ainsi le plus ou moins grand développement des muscles,

le recommander, et j'avoue que bien souvent il arrive aux malades de s'en débarrasser sans inconvénients; on appréciera les cas dans lesquels il peut être tout à fait indispensable.

Il est une question qui a été soulevée dans le cours de ce chapitre et qui doit peut-être, pour un instant encore, fixer notre attention; c'est celle qui est relative aux divers moyens de fixation des bandes.

Est-il bien réellement indifférent de se servir de dextrine, d'amidon, d'eau gommée, ou bien faut-il donner la préférence aux points de fil passés çà et là sur la plupart des doloires? je ne le pense pas; je crois que pour les premiers temps, et il serait difficile de préciser le nombre de jours, chaque cas ayant ses exigences particulières, il vaut mieux se passer de dextrine à cause des avantages que l'on doit retirer des lotions émollientes, narcotiques ou résolutives; et l'on conçoit que des bandes gommées, amidonnées ou dextrinées empêcheraient d'en faire usage. Cette exclusion peut d'ailleurs n'être que momentanée, et lorsqu'on croira pouvoir se passer de ces ablutions, c'est-à-dire vers le huitième ou neuvième jour, à peu près à l'époque de la première réapplication de l'appareil, on ferait à ce sujet ce qui paraîtrait le plus commode et le plus sûr.

2° *Application dans les fractures du col.* — Les considérations dans lesquelles je suis entré au sujet des tractions combinées à la méthode du relâchement doivent faire pressentir quelles modifications il conviendra d'apporter à l'appareil tel qu'il vient d'être constitué; j'ai dit, en effet, que s'il était naturel, dans les fractures du col, de joindre au relâchement des muscles une force extensive modérée qui agît dans le sens de l'axe du corps de l'os, il n'était pas moins rationnel d'y ajouter une force latérale dont la direction parallèle à l'axe du col du fémur aurait pour action d'attirer en dehors la partie trochantérienne. J'ai dit que pour atteindre ce but je me servirais de mon attelle articulée, et

c'est dans son application que gisent les seules modifications qui ont rendu ce paragraphe nécessaire.

La réduction pratiquée, et le reste de l'appareil appliqué comme précédemment, il n'y a plus à poser que les attelles articulées qu'il faudra compléter. Alors, on dispose ses coussins de telle façon qu'il reste un espace vide dans la partie trochantérienne, c'est-à-dire que le coussin inférieur ou fémoral s'arrêtera à peu près à un travers de main au-dessous du grand trochanter, et que le supérieur ou thoracique ne commencera qu'à une pareille distance au-dessus; pas assez haut cependant pour ne pas prendre son point d'appui sur le bord supérieur de l'os iliaque. Ces coussins devront avoir assez d'épaisseur et offrir une résistance suffisante pour ne pas s'affaisser de manière à laisser s'opérer jusqu'au contact le rapprochement des attelles qu'ils supportent. Pour cela il conviendrait de les faire de linge usé, en y ajoutant une forte couche de laine pour amoindrir les effets de la pression.

Les branches thoracique et fémorale devront avoir une certaine épaisseur pour ne pas céder, et même elles s'entre-croiseront par leurs extrémités pour se prêter un appui réciproque. Si malgré cette disposition elles ne pouvaient suffire pour résister à l'action attractive des courroies sur le fémur, il faudrait y ajouter en dessous une petite attelle que j'appellerais de *renforcement*, et qui s'étendrait d'un coussin à l'autre, comme un pont jeté sur deux arches. Cette petite attelle, qui n'aurait d'ailleurs rien de commun avec l'attelle articulée, lui serait attachée par ses deux extrémités à l'aide d'un cordon, qu'il serait aisé de délier, de sorte que la liberté ultérieure de l'articulation ne serait nullement engagée. L'attelle articulée interne n'est peut-être pas indispensable; cependant on fera bien de l'employer, sinon les deux branches, du moins celle de la cuisse, en ayant le soin de garnir suffisamment le pli de l'aine et de la fesse d'épais coussins pour prévenir la fatigue et les accidents que pourrait déterminer une pression long-

temps continuée. Ces arrangements faits, on fixe toutes les courroies, en serrant un peu fortement celle qui doit agir sur l'extrémité trochantérienne du fémur et l'attirer en dehors. La position étant rigoureusement celle qui doit relâcher les muscles, il ne sera pas nécessaire d'une très-grande force pour atteindre le but; en même temps. l'on aura recours à de légères tractions longitudinales, en ayant le soin, bien entendu, de ne pas comprendre l'attelle articulée dans le lien qui entourera le genou.

Telles sont les quelques adjonctions que pourrait réclamer la partie mécanique du traitement des fractures du col.

Le malade sera ici, comme toujours, placé en supination, sans le rendre pour cela esclave de sa position; la solidité de contention permettant quelques mouvements de latéralité, surtout après le premier mois passé. Rien ne s'oppose à ce que chaque jour, lorsqu'on croira à la formation d'un col provisoire assez consistant et même beaucoup avant cette époque, l'on essaye, en desserrant l'écrou, à rendre un peu de mouvement à l'articulation coxo-fémorale, au lieu d'attendre la fin d'un traitement toujours fort long. Pour ce qui est des articulations du genou et du pied, il serait inutile d'attendre l'époque que je viens d'indiquer, on ne pourra que retirer de vrais avantages des légers mouvements quotidiens auxquels on les soumettait dès le second ou quatrième septénaire.

Grâce encore à cette contention rigoureuse, je permettrais volontiers la translation d'un lieu dans un autre des malades arrivés à une certaine époque de leur accident, et, à la rigueur, j'autoriserais de courtes promenades sur un sol bien uni, en suspendant exactement le membre par des écharpes (pl. 2 fig. 8), avantages immenses et que chacun appréciera! Dès lors on a sauvé le blessé des tristesses de l'ennui; on l'a mis à l'abri des effets meurtriers du repos absolu, sans compter qu'on a prévenu les ankyloses, et diminué des deux tiers la durée de la convalescence.

3° *Application dans les fractures du corps du fémur qui seraient consolidées d'une manière vicieuse, et dont on se proposerait de redresser le cal.* (Obs. II.)

La manière d'utiliser l'appareil que j'ai décrit pour le redressement d'un cal vicieux est fort simple : il suffit de disposer les coussins des attelles médiates (et dans ce cas il faut l'attelle articulée interne) de telle sorte qu'il y ait un vide dans le point correspondant à l'angle rentrant formé par la déviation des fragments, et que du côté de la saillie des os déjetés, le vide se trouve aux deux extrémités de l'attelle qui devra correspondre à cette saillie. En appliquant ensuite les courroies dont une pressera sur le point dévié lui-même, pendant que les deux autres agiront sur les bouts des attelles, le redressement ne pourra manquer de s'opérer, surtout lorsque rien ne vient faire obstacle, puisque les os sont par la position tout à fait à l'abri de l'action des muscles. (Dupuytren, prop. 5 et 6.)

Tel est le moyen que j'ai employé chez le sujet de l'observation II (voir à la fin de ce mémoire), moyen qui a réussi au delà de mes espérances, et qui a permis que l'individu fût, un an plus tard, déclaré propre au service. Je dois ajouter cependant, avant de passer outre, que cette pression en sens contraire par des attelles larges et fortes ne pourrait pas toujours suffire ; que dans bien des cas les os ne sont pas seulement déjetés en dehors sans cesser d'être bout à bout, et qu'il arrive souvent qu'un chevauchement plus ou moins considérable s'est opéré avant la formation du cal vicieux ; il ne faudrait donc pas, dans une semblable occurrence, se contenter de la pression que je viens de recommander ; mais il serait urgent, ainsi que la plupart des auteurs l'ont dit, d'y ajouter les tractions longitudinales qui auraient pour effet de remettre bout à bout les os vicieusement consolidés, et de les ramener (s'il en était temps encore) dans une direction plus normale.

4° Application dans les fractures comminutives et dans celles qui sont compliquées de plaies.

Le traitement doit changer ici; les appareils ne peuvent rester tels que nous les avons vus; en effet, le but à atteindre d'abord n'est plus la consolidation des deux fragments, le plus pressant c'est de traiter des lésions qui peuvent compromettre la vie, c'est de guérir les complications pour n'avoir plus bientôt à lutter que contre la fracture elle-même. Pour cela il faut des appareils qui, en maintenant la réduction des fragments, laissent la possibilité de surveiller et de panser quotidiennement les parties lésées, toujours sans déplacement du sujet et avec le moins de secousses possible.

Dans ces cas, toutes les fois que l'attrition serait telle que, tout en laissant des chances de sauver le membre, elle dût s'opposer à l'application de l'appareil que j'ai décrit, il faudrait se servir des bandelettes de Scultet, ou encore du bandage à dix-huit chefs; en entourer la cuisse écrasée, sans jamais renoncer à la position indiquée précédemment, et l'on remplacerait les attelles immédiates par des attelles de carton... Ainsi les divers topiques que réclamerait chaque lésion, les bandelettes de sparadrap dont il aurait fallu faire usage, etc., seraient renouvelés aussi commodément et aussi souvent que de raison. La cuisse et la jambe seraient placées sur des coussins comme dans une fracture simple; et si même l'on croyait avantageux de recourir à la suspension du membre pour rendre plus faciles les légers déplacements que réclament les besoins journaliers du malade, on ne devrait pas négliger d'y recourir; il pourrait encore être avantageux, dans des cas semblables où la contention serait moins parfaite, d'ajouter aux bons effets d'une position rationnelle l'action des tractions modérées pour parfaire la réduction. C'est ici surtout que ces tractions mériteraient le nom de *contentives*. On en viendrait à l'emploi de l'appareil des fractures simples aussitôt qu'on le pourrait, afin de régulariser la réduction et de prévenir toute claudication.

Malgré l'état de gravité que j'ai supposé, on fera bien peut-être de poser l'attelle articulée, en mettant quelques ménagements dans la pression à exercer, et en ayant l'attention de laisser en place les courroies passées sous le membre pour la fixation des diverses branches des attelles.

Observations diverses.

Obs. I. — *Emploi de l'appareil de Desault; raccourcissement.* — En 1838 M. G., docteur en médecine à A....., près de Valenciennes, se fractura la cuisse en sautant de son cabriolet pour se rendre maître de son cheval qui s'était emporté, et dont les rênes étaient cassées; M. G., presque aussitôt entouré de ses amis, fut immédiatement transporté chez lui; les médecins de Valenciennes y arrivèrent instantanément au nombre de 7 ou 8; j'y fus l'un des premiers. Pendant que quelques-uns débarrassaient le patient de ses habits, d'autres disposaient l'appareil. A mon grand regret, je reconnus l'appareil de Desault; j'en fis l'observation, demandant avec instance qu'on voulût bien ne pas se hâter et prendre la peine d'examiner s'il n'y aurait pas moyen de mieux faire. J'étais effrayé de voir M. G. emprisonné dans cet appareil dont on pouvait prédire chez lui, plus que partout ailleurs, sa complète insuffisance; il faut qu'on sache, en effet, que notre confrère G., quoique d'une petite taille, n'en a pas moins le système musculaire très-développé; et si l'on joint à cette circonstance son extrême sensibilité nerveuse et l'obliquité probable de la fracture, qui siégeait à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen, on comprendra combien peu de chances étaient laissées au malade de guérir sans difformité. (Il existait un déplacement notable, le membre était gonflé et considérablement raccourci...) J'étais jeune, et je débutais, ma voix ne fut point entendue, et M. G. fut mis dans l'appareil de Desault... On ne peut douter que l'opération n'ait été faite avec toute l'attention possible, que le traitement n'ait été consciencieusement suivi, et pourtant quel résultat! Que parlerai-je de ces horribles douleurs des premiers temps, de ces accidents nerveux, locaux et généraux, de cette fatigue intolérable que le malade appelait une torture... Notre pauvre confrère se le rappelle sans doute?... six mois durant il fut séparé de ses nombreux malades et de la société qui l'aimait; il ne lui fallut pas moins de trois mois pour rapprendre à marcher et pour rendre à ses articu-

lations un peu de souplesse et à ses muscles un peu d'habitude de se contracter... Je le rencontrai alors sur la place de Valenciennes, il s'aidait d'une béquille ; j'allai à lui, nous nous serrâmes la main, et m'indiquant du geste sa cuisse : « Voici le résultat, me dit-il, il n'est pas brillant, n'est-ce pas ? » Je le crois bien, sa cuisse faisait un demi-cercle en dehors, et je ne crois pas exagérer en disant qu'il boite d'au moins 6 ou 8 centimètres... Mon confrère rectifiera mon assertion, si elle est fausse; car j'espère lui faire lire ce que j'écris.

(J'avais cessé de le visiter dès le principe, sachant l'inutilité de mes soins, M. G. ayant cédé à l'influence de quelques autres.)

Voici pour l'appareil de Desault; nous aurons bientôt à raconter deux observations bien autrement concluantes, puisqu'elles nous montreront des sujets traités par les deux méthodes successivement.

OBS. II. — *Emploi de l'appareil de Desault pendant 60 jours; raccourcissement notable; redressement du cal vicieux par la méthode du relâchement.* — Le 1er juin 1838, je fus demandé à Bruay, sur la route de Valenciennes à Condé, pour donner des soins au fils d'un sieur Antoine Brouillard, ouvrier charpentier comme son père; ce jeune homme, âgé d'environ 18 ans, était depuis 60 jours retenu sur un grabat pour une fracture occupant à peu près la partie moyenne du fémur. Il avait été traité jusque-là par l'appareil de Desault, et l'officier de santé qui l'avait vu avait, à sa dernière visite, déclaré à la famille qu'il n'avait plus à s'en occuper et qu'il ne reviendrait plus.

Arrivé près du malade, il se plaignit de l'extrême fatigue qu'il éprouvait dans un lit qu'on n'avait pu renouveler depuis son accident; je lui promis de le changer de lit aussi souvent qu'il le voudrait sans lui causer la moindre douleur, et je levai l'appareil en calmant ses inquiétudes et l'assurant qu'il ne serait plus réappliqué de la même façon. Il me fut alors possible de constater d'une manière évidente un raccourcissement d'au moins 5 ou 6 centimètres; non-seulement par le rapprochement des jambes, le pied malade n'atteignant guère que le niveau de la cheville du côté opposé, mais encore par des mesures rigoureuses que je conservai, pour avoir dans la suite un point de comparaison. Une saillie considérable existait au niveau de la fracture, les deux fragments, déjetés en dehors et un peu en avant, formant un angle très-pro-

noncé. Une roideur excessive rendait les mouvements du genou affreusement douloureux. Cette circonstance entrava l'opération et me força de prendre du temps; des compresses trempées dans une décoction chaude de guimauve et de pavots furent disposées autour de l'articulation; et, après plusieurs tentatives, je parvins, non sans arracher des cris déchirants, à produire une légère flexion, engageant le père à continuer avec précaution ce que j'avais commencé. Cependant je m'occupai d'un autre appareil, songeant bien moins à la consolidation de ce cal vicieux qu'à son redressement. Les choses furent disposées comme il a été dit dans un des chapitres qui terminent ce mémoire; et je ne renouvelai que trois fois en 21 jours le pansement primitif. Seulement je dois dire que le père me seconda merveilleusement, resserrant les courrois dans l'intervalle de mes visites et veillant attentivement à la conservation de la position que j'avais donnée au membre. Des affusions émollientes et calmantes furent continuées sans interruption pour prévenir les accidents qu'aurait pu faire naître une pression aussi longtemps continuée; et le 21, ayant observé une notable amélioration, je le quittai en l'engageant à continuer quelque temps encore à serrer l'appareil.

Il ne survint aucun accident, bien qu'il usât largement de la permission que je lui avais laissée de changer souvent de lit et de se faire porter sous les arbres de leur jardin, d'où il voyait circuler les bateaux sur le canal.

J'appris, avant de partir de Valenciennes, qu'ayant tiré à la conscription, Brouillard avait été déclaré propre au service.

Obs. III. — *Fracture avec déplacement considérable chez un enfant; quatre réapplications de l'appareil; guérison sans raccourcissement.* — Le 22 mai 1839, à neuf heures du soir, je fus appelé chez le sieur Damé, entrepreneur de constructions à Valenciennes, pour le petit garçon âgé de 2 ans, qui s'était fracturé la cuisse sans que la mère, peu soigneuse, pût me dire de quelle façon. La fracture, qui occupait la partie moyenne du fémur, présentait un déplacement très-marqué que l'indocilité de l'enfant ne manquait pas d'augmenter à chaque instant; du reste, à part le gonflement et la douleur, il n'existait aucune lésion extérieure. J'appliquai immédiatement l'appareil sans avoir d'autre aide que la mère, et je traçai le traitement à suivre pour les symptômes concomitants. Quatre réapplications seulement furent nécessaires, l'appareil ayant

été complétement entouré d'une toile cirée bien douce pour le garantir de toute souillure.

Cinq semaines après je crus pouvoir me contenter d'un bandage roulé et d'une forte attelle de carton..., et pendant tout le temps l'enfant fut laissé libre d'agir et de s'amuser dans son lit, ce qui ne l'empêcha pas de guérir sans le moindre raccourcissement.

Cette observation n'aura peut-être, aux yeux des adversaires de ma méthode, qu'une valeur insignifiante, parce que c'est un enfant qui en fait le sujet; cependant l'on conviendra qu'un succès n'en est pas moins un succès, et que chez les enfants, si l'on n'a pas à lutter contre une grande force musculaire, il est du moins très-important de laisser à ces petits êtres un peu de liberté dans leurs mouvements, surtout quand la contention ne doit pas y perdre.

Obs. IV. — *Fracture avec déplacement chez un enfant de 5 ans; même appareil; transport du malade à cinq lieues de distance; guérison sans raccourcissement* (Sureau, aubergiste à Vouillé). — Le 30 mai 1841, on m'amena, à huit heures du soir, un enfant de Vouillé (cinq lieues de Poitiers) qui s'était fracturé la cuisse en tombant du vingtième échelon de l'aile d'un moulin à vent. La fracture occupait le tiers inférieur du fémur et devait être nécessairement oblique, à en juger par le déplacement considérable et la facilité du chevauchement des fragments. Le voyage et les circonstances de la chute avaient déterminé un gonflement excessif; on ne voyait ni plaie, ni contusion dans le lieu de la fracture, pas plus que dans le reste du corps, excepté toutefois quelques égratignures au visage. L'impossibilité pour ces pauvres gens de trouver un gîte, leur répugnance à le conduire à l'hôpital où il n'aurait pu être reçu sans des formalités auxquelles l'heure avancée empêchait de satisfaire, me décidèrent à le garder chez moi.

Couché sur un matelas, son membre fut placé dans la position du relâchement absolu qui suffit pour calmer immédiatement ses douleurs... Des sangsues furent appliquées derrière les oreilles, des compresses calmantes et résolutives sur la cuisse, et il resta ainsi toute la nuit, ne se plaignant que de loin en loin quand des mouvements involontaires venaient déplacer les fragments. Le lende-

main il y avait moins de gonflement, la fièvre avait diminué et la céphalalgie était presque nulle. L'appareil fut appliqué à onze heures, et la famille put repartir vers trois heures avec le petit malade couché dans une charette traînée par un âne.

Le 8, j'allai renouveler l'appareil; l'enfant ne se plaignait de rien, si ce n'est d'être retenu au lit; je permis au père de le porter dans sa boutique, où il pourrait se distraire. Le 17, nouvelle réapplication; rien d'extraordinaire à noter: ce fut mon dernier voyage.

Le 27 juin et le 11 juillet on me l'amena à Poitiers, et je ne le revis plus ensuite que deux mois après; le père s'était chargé d'enlever l'appareil vers le 24 juillet.

Lorsqu'il vint me voir dans le mois de septembre, il me dansa la bourrée sans qu'il fût possible de deviner de quel côté avait été la fracture.

M. R..., médecin à Vouillé, qui l'a vu pendant qu'il était encore dans l'appareil, et qui avait assuré aux parents qu'il boiterait, disait tout récemment à mon confrère Bonnet qu'il n'y avait chez lui nulle apparence de raccourcissement.

Obs. V.— *Fracture oblique chez un ouvrier carrier; même appareil; guérison sans aucun raccourcissement.* — C'était pendant les pluies d'octobre 1841. Gaspard, ouvrier carrier à Montbernage (faubourg de Poitiers), âgé de 17 ans, s'était blotti, pour se mettre à l'abri d'une averse, avec un autre ouvrier, dans une caverne creusée pour l'extraction des moellons. Ils y étaient à peine, que la terre détrempée s'éboula, laissant Gaspard enseveli sous les décombres. Son camarade, mieux placé, ayant pu se dégager pour aller quérir du secours, on délivra Gaspard; mais il avait la cuisse cassée. Il avait été transporté chez son père lorsque j'arrivai; je constatai une fracture du fémur droit, un peu plus bas que sa partie moyenne. Il y avait un déplacement considérable et des contractions spasmodiques des plus violentes. Gaspard était exaspéré et jetait les hauts cris; du reste aucune autre lésion.

La réduction et l'application de l'appareil furent faites immédiatement; je lui pratiquai une saignée et j'ordonnai une potion calmante. (Lotions sur le membre avec la décoction de guimauve et de pavots, puis bientôt avec l'eau blanche.)

Le neuvième jour, l'appareil fut réappliqué, et je le laissai ensuite dix-sept jours sans y toucher, puis quatorze; mais à cette époque il se forma un abcès dans le jarret, dont une absence m'em-

pêcha d'être prévenu à temps, le malade ayant d'ailleurs supporté sans en parler les douleurs qui devaient annoncer son existence. Je dus attribuer cet accident à l'extrémité de l'attelle postérieure, peut-être un peu trop longue, ou qui mal, placée à la dernière application, allait s'arc-bouter dans le creux poplité; ce qui doit être un avertissement, pour quiconque aurait recours à cet appareil, de rembourrer d'une manière quelconque les points menacés de semblable pression.

Cet accident céda bientôt à un traitement rationnel qui n'empêcha pas l'emploi de l'appareil, et Gaspard ne conserva aucune difformité. Et je puis garantir que sa fracture ne l'empêchera pas plus que Brouillard (obs. II) d'être accepté pour le service militaire, ce qui lui fit dire qu'en cela je lui avais rendu un assez mauvais office. A partir du quarante-cinquième jour, je lui permis de se promener avec des béquilles, le membre maintenu par l'appareil et suspendu par des mouchoirs (fig. 8), et j'avoue que la facilité avec laquelle cela se faisait me donnait le regret de n'y avoir pas songé plus tôt.

Obs. VI. — *Fracture oblique chez un homme de 48 ans; emploi successif de plusieurs appareils... Claudication; avantages du relâchement et de l'appareil de l'auteur.* — Le 3 mars 1842, le sieur M..., âgé de 48 ans environ, maréchal au D..., près G..., se trouvant à la foire de Poitiers, eut la cuisse cassée par un coup de pied de cheval qui porta vers la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. Transporté à l'auberge, M... fut soumis à nos soins. MM. B... et C..., docteurs en médecine, et moi nous arrivâmes presque en même temps auprès du blessé. Je proposai à mes confrères d'employer mon appareil; mais n'ayant jamais eu l'occasion de l'appliquer devant eux, ils devaient naturellement se défier de sa valeur: aussi ne l'acceptèrent-ils pas. L'appareil de Desault l'emporta donc, et il fut immédiatement appliqué avec tout le soin possible, ce qui n'empêcha pas le malade de souffrir horriblement. Le soir, je pratiquai une saignée, car il avait une fièvre violente; il se plaignait d'affreuses douleurs dans la cuisse, qui, disait-il, sautait continuellement, malgré les affusions calmantes et la potion antispasmodique qu'on avait administrée.

Le lendemain M. le docteur B... s'étant retiré, M. C. et moi nous nous réunîmes auprès du malade; la nuit avait été très-agitée, les douleurs n'ayant pas cessé d'être excessives; le mal de

tête et la fièvre n'avaient pas diminué. Il nous fut facile de constater un déplacement des fragments, tant par le raccourcissement considérable de la jambe, que par la saillie appréciable même à travers les pièces d'appareil.

Retirés à l'écart, je proposai à mon confrère de changer de traitement, l'insuffisance de celui-ci étant constatée et l'état du malade le rendant désormais intolérable... Tout le monde sait la bienveillance de M. C..., il accéda à ma demande, et, quelques heures plus tard, il fut fait une nouvelle réduction, d'après les règles que j'ai tracées dans ce mémoire. Aussitôt ce malade, dont les souffrances étaient si vives il n'y a qu'un instant encore, qui était accablé par la fièvre, et qui aurait dû être bien autrement fatigué, maintenant qu'il venait de subir une nouvelle réduction, ce malade avoua être beaucoup mieux, se transporta presque sans assistance du pied du lit où on l'avait attiré, vers son chevet, et bientôt, c'est-à-dire avant la fin du jour, il sentit diminuer son mal de tête et sa fièvre disparaître.

A partir de ce moment il put trouver quelques heures de sommeil et de repos.

Le huitième jour, tout était au mieux depuis l'adoption du relâchement, lorsque M... manifesta le désir de quitter Poitiers. Ce désir devint bientôt une volonté bien arrêtée que rien ne put changer : il avait d'ailleurs trop de motifs graves d'en agir ainsi pour devoir être blâmé, car, sans parler des dépenses que son séjour nécessitait, il songeait à ses enfants abandonnés à eux-mêmes, à sa boutique, à sa maison délaissée, sa femme ne l'ayant pas quitté depuis son accident.

Cependant je m'effrayai de la distance qui allait le séparer de nous, il allait être privé de toute surveillance, et je craignais encore que cet arrangement de la cuisse ne convînt pas au confrère qui allait nous remplacer, ou bien que si l'on continuait l'emploi du même moyen, il ne fût pas appliqué convenablement et qu'on n'imputât à la méthode les accidents qui pourraient survenir. Dans cette occurrence, j'essayai de démontrer au malade qu'il vaudrait mieux pour lui peut-être d'en revenir à son premier pansement, ajoutant que j'étais en droit de penser que ce serait à cette manière de faire qu'on aurait recours lorsqu'il m'aurait quitté, et j'allais lui rendre l'appareil de Desault, lorsqu'il entra dans une violente exaspération, alla jusqu'à verser des larmes, me conjurant de n'en rien faire et de lui laisser la cuisse comme je l'avais mise... On conçoit que je lui cédai en multipliant mes recomman-

dations; l'appareil fut renouvelé avec tout le soin possible, et le lendemain M... partit dans une charrette pour faire huit lieues, dont deux ou trois dans d'affreux chemins de traverse.

Seul, et à travers un escalier étroit et difficile, je l'avais descendu, sans lui causer une douleur, d'un premier étage, pour aller le placer sur la charrette qui devait l'emmener.

Je remis à sa femme, pour le médecin qui devait nous succéder, une longue lettre pleine de détails sur ce qui s'était passé; je le conjurais de persister dans l'emploi du moyen que nous avions mis en œuvre. On essaya à plusieurs reprises sans doute; mais ce que j'avais prévu est arrivé, et l'on en revint à l'appareil de Desaul, qui ne fut pas supporté : M... n'attendit pas le retour de son nouveau médecin pour s'en débarrasser, aimant mieux, comme il me le dit plus tard, guérir à la grâce de Dieu. Il va sans dire qu'il a conservé une notable difformité et un raccourcissement considérable.

Cette observation n'en est pas moins concluante en faveur de la méthode que je préconise, malgré le succès tronqué qui en fut le résultat; je m'en rapporte à quiconque jugera sans partialité.

Conclusions.

Cette méthode a donc les avantages suivants :

1° Elle est commode pour le malade, puisqu'elle lui donne la position que l'instinct commande pour le repos, puisqu'en outre elle lui laisse la latitude de changer de place sans danger et sans douleur, et enfin de satisfaire à tous ses besoins sans difficulté et sans l'adjonction de ces lits mécaniques, de ces treillages et de ces coussins perforés, aussi dispendieux que gênants et peu utiles.

2° Elle est d'une application rapide et peu embarrassante, puisque partout on peut, en un instant, se procurer les diverses pièces qui entrent dans la composition de l'appareil, condition importante et qu'Hippocrate a établie en précepte (*Lib. de art.*, 3, p. 464): *Ex pluribus modis, ille eligendus est qui omnium minimo negotio comparatur.* Ici, en effet, rien

d'extraordinaire, tout y est simple et aisé à confectionner; pour l'emploi de cette méthode, il ne faut ni gouttière de fer-blanc, ni machines compliquées, ni dynamomètre.

3° Elle permet une réduction sûre, facile et peu douloureuse dans tous les cas, puisque les muscles, seuls obstacles au replacement des os, sont absolument vaincus par le relâchement.

4° Elle offre, par cela même, et par une contention solide et durable, sans être inamovible et dangereuse, toute garantie de succès dans ces cas même, que les plus habiles ont considérés jusqu'ici comme l'écueil de la chirurgie.

5° Elle rend possible, sans embarras, l'adjonction de ces inventions utiles, que l'on doit aux Ravaton, Seuter, Mayor, Sabatier, Amesbury, Dupuytren, Antonelly et Velpeau.

6° Elle s'étend au traitement de toutes les fractures du fémur, simples ou compliquées, à celles du corps comme à celles du col, aux récentes comme à celles qui, datant de loin déjà, opposent des complications à combattre.

7° Enfin elle abrége la durée de la convalescence, en mettant à l'abri de ces accidents formidables que l'on a si justement reprochés aux autres méthodes de traitement : roideurs articulaires, ankyloses, paralysie, eschares au sacrum, etc. etc.

ERRATA. — Il y a dans le premier article, inséré au cahier de mars, plusieurs fautes typographiques, plusieurs omissions, qui pourraient nuire à l'intelligence du mémoire et que nous rectifions ici :

Page 267, ligne 19, supprimez : *fig.* 1.

P. 268, l. 29, au lieu de *propos.* 16, lisez : propos. 6.

P. 271, l. 2, après le mot : *observerons,* ajoutez : (Pl. 1, fig. 1.)

Id., l. 30, après les mots : *la tangente indiquée,* ajoutez : (Pl. 1, fig. 1, AB.)

P. 272, l. 5, après : *jusqu'à présent,* ajoutez : (Pl. 1, fig. 3.)

Id., l. 19, après le mot : *jambe,* ajoutez : (Pl. 1, fig. 2.)

P. 280, l. 2, au lieu de : *les plus contraires,* lisez : les plus contraires en apparence.

Explication des planches.

Pl. I, fig. 1. Homme dormant assis; vu de profil; position du relâchement absolu. (*AB*. Ligne tangente.)

2. *Id.* vu de face, pour montrer l'écartement des genoux et le rapprochement des pieds.

3. Homme couché dans la position du relâchement absolu.

4. Attelle articulée complète, munie d'une courroie.

A. Clou rivé formant l'articulation.

T. Traverse de bois fixant l'écartement de deux branches de l'attelle.

E. Vis à écrou.

C. Cheville pouvant remplacer la vis et la traverse ci-dessus.

t. Petits trous qui permettront d'allonger ou de raccourcir l'attelle, selon les sujets.

M. Mortaises pour le passage des courroies.

5. Double planche suspensive de l'auteur; chaise qui doit recevoir le blessé, lorsqu'on voudra le sortir du lit. *AB*. Petite traverse qui détermine l'écartement des planches.

6. Appareil d'Amesbury.

Pl. II, fig. 7. Réduction dans la position du relâchement absolu.

CC. Mains de l'aide contre-extenseur.

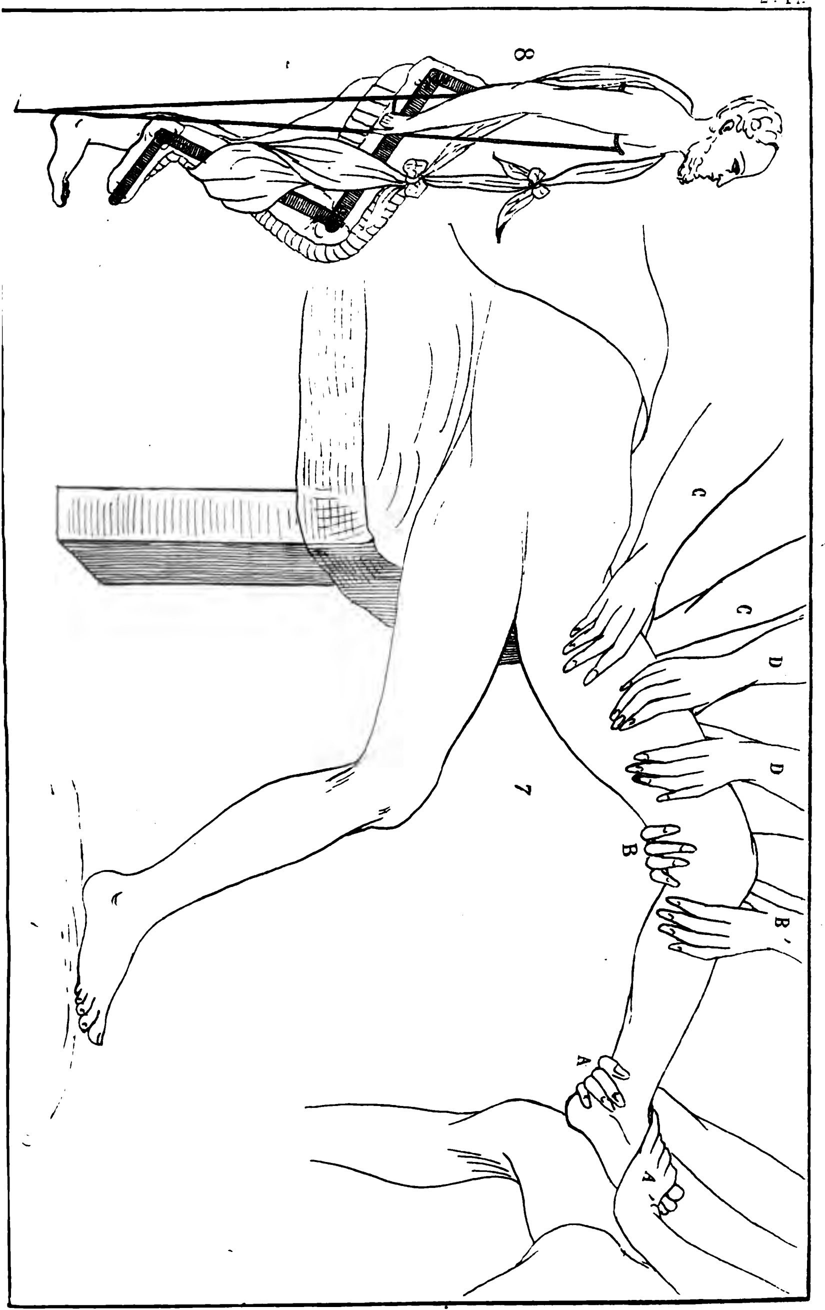
BB'. *Id.* extenseur.

AA'. *Id.* soutenant le pied.

DD. *Id.* du chirurgien.

8. Malade se promenant avec son appareil.

4 C T A t E M 2 D B 1 A 3 5 B A 6


8
7
C
C
D
D
B
B'
A'
A'

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LES CAUSES DE LA PÉRICARDITE, ET EN PARTICULIER SUR LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU ET LA NÉPHRITE ALBUMINEUSE CONSIDÉRÉS COMME CAUSES DE CETTE MALADIE (1);

Par le Dr John TAYLOR, *professeur de médecine clinique au collége de l'Université de Londres.*

Chaque époque médicale a son caractère et ses tendances : jadis toutes les études et tous les efforts étaient tournés vers la découverte de la nature intime et des causes prochaines des maladies; aujourd'hui le diagnostic a tout absorbé : non ce diagnostic qui s'attache à pénétrer toutes les circonstances d'un cas pathologique, mais bien ce qu'on a appelé le *diagnostic anatomique*, qui ne va pas au delà des conditions morbides actuelles, et qui se borne à limiter mathématiquement les altérations des organes intérieurs. Certes, pour guérir les maladies, il faut savoir en quoi elles consistent; mais croit-on les connaître parfaitement lorsqu'on ignore les influences morbides qui en ont préparé le développement? Croit-on davantage qu'on pourra les traiter d'une manière rationnelle et avantageuse, si l'on ne peut remonter jusqu'à leur origine, si l'on dirige indistinctement contre tous les cas un traitement banal et vulgaire? On s'explique cependant, jusqu'à un certain point, le discrédit dans lequel est tombée l'étiologie des maladies, et la tiédeur que les esprits positifs de notre époque professent pour cette partie de l'art. La patho-

(1) Extrait des *London med.-chir. transactions*, t. XXVIII, 1845; par le Dr F.-A. Aran. — Nous aurions désiré pouvoir publier *in extenso* les recherches si intéressantes de M. Taylor. Mais ce travail n'occupe pas moins de 120 pages dans le texte original; nous avons donc été obligé de nous en tenir aux faits les plus importants et aux conclusions générales.

génie ne procède pas, en effet, de la même manière que le diagnostic : jamais on ne peut arriver, en ce genre, à quelque chose d'aussi précis que les connaissances fournies par l'auscultation ou la percussion par exemple; tout au plus peut-on parvenir à saisir, par l'étude attentive des faits, quelques données générales, espèces de chaînons isolés dont le pathologiste ne peut jamais établir la continuité; enfin, on est constamment forcé de s'élever des influences extérieures à ces modifications lentes et graduelles de l'économie, inconnues dans leur essence, et que nous ne pouvons reconnaître qu'à leurs résultats. En faut-il davantage pour rendre compte du peu de progrès que la pathogénie a faits dans ces derniers temps?

Si l'étiologie des maladies est, en général, peu avancée, on comprend combien peu doit l'être l'étiologie d'une affection qui compte à peine depuis un demi-siècle dans le cadre nosologique. Pour se rendre compte du grand pas que M. Taylor a fait faire à la question pathogénique de la péricardite, il importe de savoir quel est aujourd'hui l'état des connaissances que nous possédons sur ce point de pathologie.

M. Louis, auquel on doit les premières recherches un peu étendues sur la péricardite (1), pense que les causes déterminantes de cette maladie sont inconnues, dans l'immense majorité des cas; il croit cependant, d'après les complications de pleurésie ou de pneumonie qui existent dans cette affection, qu'elle doit reconnaître les mêmes causes que ces deux maladies, et en subir également l'influence. D'autre part, M. Bouillaud (2), tout en admettant que, dans quelques cas, on ne peut s'assurer de la cause qui a amené le développement de la péricardite, pense que ce sont là des cas exceptionnels, et que la cause principale est l'exposition au froid, après une

(1) *Recherches anatomo-pathol.*, p. 293.

(2) *Traité des maladies du cœur*, t. I, p. 470.

transpiration abondante ou un travail fatigant; il semble confondre l'influence du froid et celle du rhumatisme aigu, comme si elles n'étaient qu'une seule et même chose. M. Hache (1) est arrivé, de son côté, à des conclusions bien différentes de celles de M. Bouillaud, et cependant par l'analyse des observations de ce dernier auteur. Ainsi, il a montré que, sur 36 cas rapportés dans son ouvrage, les causes paraissent *inconnues* dans 22 cas (près des deux tiers), ou au moins qu'on n'en avait mentionné aucune; et que dans 6 cas seulement, on avait pu découvrir une cause manifeste, telle que l'exposition au froid, à une époque rapprochée de l'époque de la maladie. Enfin, M. Hache lui-même, sur les huit faits qui lui appartiennent, a trouvé, comme causes de cette maladie, deux fois seulement l'exposition au froid, quatre fois des causes éloignées, et deux autres fois aucune cause connue. De toutes les influences pathogéniques de la péricardite, la plus généralement reçue est, sans aucun doute, le rhumatisme articulaire aigu. On connait sur ce point l'opinion de M. Bouillaud, opinion partagée par Hope, Watson et Williams. Tous regardent comme une des causes les plus fréquentes de la péricardite le rhumatisme articulaire aigu. Enfin, la péricardite a été signalée par Bright (2) et Christison (3), comme une des complications secondaires de cette maladie des reins qu'on a désignée, pendant quelque temps, sous le nom de *maladie de Bright*, et dont on a fait aujourd'hui une forme de néphrite, sous le nom de *néphrite granuleuse* ou *albumineuse*. En résumé, d'un côté, des auteurs recommandables qui assurent que la péricardite se développe sans cause connue; et d'un autre côté, des auteurs non moins recom-

---

(1) *Archives de médecine*, 2e série, t. IX, 1835.

(2) *Reports of med. cas.*, t. I, p. 71.

(3) *On granular degeneration of the kidneys;* Edimbourg, 1839, p. 90.

mandables qui la rattachent au rhumatisme articulaire aigu, et, dans quelques circonstances exceptionnelles, à la néphrite albumineuse : il importait, comme on le comprend, que la question fût jugée d'une manière définitive. C'est dans ce but qu'a été composé le travail de M. Taylor.

Dans un premier article, M. Taylor a étudié les causes de la péricardite en général. Ses observations portent surtout sur 25 cas, qu'il a rassemblés et dépouillés avec le plus grand soin; mais il a ajouté 13 autres cas, qu'il avait également observés lui-même. Sur ces 38 faits, il y avait 20 péricardites compliquées de rhumatisme; 10 compliquées de néphrite albumineuse; 4 qui se rattachaient peut-être à la catégorie précédente, ou dont la cause était inconnue; 2 cas de maladies du cœur, dont une congénitale; enfin 1 cas de propagation de l'inflammation de la plèvre au péricarde.

M. Taylor divise les 25 cas de péricardite dont nous avons parlé plus haut en deux catégories :

1° Les péricardites qui se sont développées chez des individus bien portants ou dans le cours de quelque maladie aiguë sthénique, comme le rhumatisme articulaire aigu (au nombre de 15).

2° Les péricardites qui se sont montrées chez des personnes qui étaient auparavant dans un mauvais état de santé, ou pendant la durée de quelque maladie chronique (au nombre de 10).

Sur les 15 péricardites qui appartiennent à la 1re catégorie, 13 sont survenues pendant les progrès du rhumatisme articulaire aigu; la 14e a présenté pendant un temps très-court des phénomènes d'inflammation de deux jointures seulement; dans la 15e, il n'y avait aucune trace de rhumatisme, quoique le malade eût déjà été atteint de cette affection à deux reprises différentes.

Sur les 10 péricardites de la seconde catégorie, 7 étaient compliquées de néphrite albumineuse; dans les 3 autres, il fut impossible de déterminer dans quel état se trouvaient les

reins; dans 1 seul cas, la péricardite avait été précédée quelque temps auparavant par un rhumatisme.

Ainsi, tandis que, dans la 1re catégorie, toutes ou presque toutes les péricardites étaient compliquées de rhumatisme articulaire aigu, dans la 2e catégorie, les deux tiers des cas étaient compliqués de néphrite albumineuse, et 1 seul peut-être de rhumatisme. Il semble donc qu'il y ait entre la néphrite albumineuse et la péricardite, dans cette dernière catégorie, la même relation qu'entre le rhumatisme articulaire aigu et la péricardite dans la première.

Dans un second article, l'auteur s'est occupé des causes qui ont pu déterminer les *adhérences du péricarde :* sur 22 observations de ce genre, il a trouvé que 2 fois l'altération avait succédé à une péricardite aiguë; que dans 1 cas il y avait eu une néphrite albumineuse; dans 4, une maladie des reins qui était probablement de même nature; dans 4 autres, une néphrite albumineuse avec rhumatisme antécédent; dans 2 autres cas, une maladie des reins, dont une avait été précédée d'un rhumatisme; dans 5 cas seulement, il n'y avait pas de renseignements suffisants. Ainsi, dans presque tous les cas, il y avait ou bien maladie des reins ou bien rhumatisme; du reste, on peut ajouter qu'il y avait eu presque aussi souvent pleurésie, car cette dernière maladie n'existait pas moins de 13 fois. L'auteur paraît disposé à admettre, jusqu'à un certain point, que la pleurésie n'a pas été sans influence sur le développement de la péricardite, et il attribue, assez hypothétiquement à notre avis, cette terminaison de la péricardite par adhérences au danger moindre qu'offre la pleurésie considérée comme cause de la péricardite.

Le 3e article est consacré à la recherche des causes qui ont pu déterminer la production de ce qu'on appelle les *taches blanches du péricarde.* Sous ce point de vue, l'auteur a rassemblé 83 cas : sur ce nombre, 20 avaient été compliqués

de rhumatisme (chronique dans 4 cas seulement); 10 fois il y avait néphrite albumineuse; 12 fois l'existence de cette maladie était encore fort probable; enfin dans 24 cas, il y avait quelque maladie des reins, dont la nature n'était pas toujours déterminée. On retrouve encore, dans ce relevé, toute l'influence déjà signalée plus haut du rhumatisme et de la néphrite albumineuse.

Les deux chapitres qui suivent présentent encore plus d'intérêt que tout ce qui précède; car l'auteur a cherché à approfondir l'influence que le rhumatisme et la néphrite albumineuse peuvent exercer sur le développement de la péricardite; de plus, il a constamment mis en regard de ces résultats l'action exercée par ces causes pathogéniques sur la production d'inflammations vers les organes les plus importants, tels que l'endocarde, la plèvre, etc.

Fréquence de la péricardite et de l'endocardite dans le rhumatisme articulaire aigu. — C'était là une question capitale et éminemment à l'ordre du jour, dont on ne pouvait puiser les éléments de solution que dans des recherches de statistique très-étendues. Sur 133 cas de rhumatisme aigu ou subaigu, observés dans les services de l'hôpital de l'Université, il y a eu 5 péricardites aiguës, dont une avec endocardite; 32 maladies des valvules plus ou moins prononcées, probablement liées à l'endocardite; 44 cas dans lesquels il n'y avait aucune trace de maladie du cœur; 52 cas sur lesquels il n'y avait pas de renseignement et dans lesquels il n'y avait vraisemblablement rien du côté des organes circulatoires. Quoique l'auteur eût suivi la plupart des faits de rhumatisme dont il vient d'être parlé, il a jugé à propos de tenir compte de tous les cas qui ont été traités dans son service à l'hôpital de l'Université, depuis 1841 jusqu'en 1844, c'est-à-dire pendant un intervalle de trois ans et trois mois. Les cas de rhumatismes aigus ou subaigus ont été au nombre de 75, dont 37, la moitié seulement, offraient une maladie de

cœur, à savoir : 6 péricardites aiguës graves; 2 péricardites légères, et 2 douteuses; 30 maladies des valvules anciennes ou récentes; 2 maladies des valvules récentes, et 2 douteuses. Il y a donc eu 1 cas de péricardite sur 12 ½ cas de rhumatismes, et 1 cas de maladie du cœur sur 2; par conséquent le cœur était sain dans la moitié des cas. Il est intéressant de rapprocher ces résultats de ceux qui ont été fournis par la plupart des auteurs. M. Bouillaud, qui, plus qu'aucun autre, a contribué à porter la question de la péricardite sur ce terrain, écrivait, en 1835, que cette maladie existe dans la moitié des cas de rhumatismes aigus. Plus tard, en 1836, il a écrit que le rhumatisme articulaire aigu qui affecte plusieurs articulations est accompagné, 8 fois sur 9, de rhumatisme des tissus séro-fibreux du cœur (1). Enfin, dans une publication plus récente (2), en 1840, il a établi que, sur 114 cas de rhumatisme articulaire aigu, dont 74 de grande et de moyenne intensité, et 40 légers, il y avait dans la 1re catégorie 64 cas dans lesquels la coïncidence de l'endocardite ou de l'endo-péricardite était certaine, et 3 autres dans lesquels elle était douteuse; tandis que, sur les 40 cas de la 2e catégorie, cette coïncidence n'existait que dans 1 seul cas : d'où M. Bouillaud a conclu que, dans le rhumatisme articulaire aigu intense et généralisé, la coïncidence de l'endocardite, de la péricardite ou de l'endo-péricardite est la règle, et la non-coïncidence l'exception ; tandis que, dans le rhumatisme articulaire aigu qui est léger, partiel et apyrétique, la non-coïncidence de l'endocardite, de la péricardite ou de l'endo-péricardite est la règle, et la coïncidence l'exception. Hope, après avoir rappelé l'opinion de M. Bouillaud, relativement à la complication phlegmasique qui se montre, suivant

---

(1) *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu*, p. 27.
(2) *Traité clinique du rhumatisme*, p. 12.

cet auteur, dans la moitié des cas de rhumatisme articulaire aigu, établit d'abord que cette opinion n'est peut-être pas loin de la vérité, et à la page suivante, il affirme que l'inflammation du cœur ne s'est pas montrée plus d'une fois sur 12, dans les cas où le rhumatisme a été traité suivant la méthode qu'il emploie ordinairement (1). Williams établit, au contraire, la proportion de près des trois quarts pour l'endocardite ou la péricardite, dans les cas de rhumatisme qu'il a observés pendant les trois dernières années (2). Le Dr Macleod rapporte que, sur 226 cas de rhumatisme aigu, le cœur était affecté dans 52 cas (un peu plus d'un cinquième); mais il ajoute que, en prenant la totalité des cas de rhumatisme, et en réunissant toutes leurs formes, on arrive à une proportion qui n'est pas loin de la moitié. Le Dr W. Budd (3) est arrivé au même résultat sur un ensemble de 42 cas ; cependant il a fait remarquer que l'inflammation rhumatismale du péricarde était moins fréquente que celle des valvules du cœur, dans le rapport de 5 à 16, ou de 1 à 3 environ.

Si l'on considère la péricardite aiguë à part de l'endocardite ou des maladies des valvules, on voit que M. Bouillaud signale cette complication dans la moitié des cas de rhumatisme articulaire aigu; le Dr Macleod, dans un cinquième des cas chez les adultes, et dans la moitié des cas chez les enfants; le Dr Budd, dans 1 cas sur 8 $^1/_2$; et l'auteur de ce mémoire, dans 1 cas sur 12 $^1/_2$, ou, en y comprenant 2 cas de péricardite légère, dans 1 cas sur 9 $^1/_2$; enfin, dans 1 cas sur 14, pour le reste des faits observés au collége de l'Université. Or, tandis que les résultats de notre auteur sont à peu près d'accord avec ceux du Dr Budd, ils sont complétement différents de ceux du Dr Macleod et de M. Bouillaud. Mais, comme le fait observer

(1) *On diseases of the heart*, pp. 176 et 178, 2e édit.
(2) *London med. gaz.*, 1837.
(3) *Library of medic.*, t. V.

M. Taylor, on ne trouve dans l'ouvrage de M. Bouillaud aucune *donnée numérique* relative à la péricardite seule; d'autre part, M. Macleod ne fait aucune mention de l'endocardite ou des maladies des valvules; de sorte qu'il a bien pu faire figurer quelques-uns de ces derniers faits parmi ceux relatifs à la péricardite. Du reste, les résultats publiés dans ces derniers temps par le Dr Latham, résultats que nous avons fait connaître dans ce journal (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. X, p. 116), viennent encore à l'appui des idées de M. Taylor. Ainsi, sur 136 malades affectés de rhumatisme articulaire aigu, l'endocarde était affecté seul dans 63 cas; le péricarde, dans 7 cas; l'endocarde et le péricarde, à la fois dans 11 cas; le siége était douteux dans 9 cas. D'où il suit que la péricardite s'était montrée une fois sur 7 1/2; et en réunissant les cas graves et les cas légers, on arrive à la proportion qui a été fournie par l'auteur de ce mémoire. C'est donc avec quelque raison qu'il s'est cru autorisé à poser en principe :

1° Que l'inflammation aiguë du cœur se montre *moins fréquemment* à la suite du rhumatisme qu'on le croit généralement, et que l'ont affirmé la plupart des auteurs;

2° Que la fréquence de l'inflammation du cœur est telle, qu'elle montre hautement l'influence considérable exercée par le rhumatisme articulaire aigu; cependant, ajoute-t-il, pour établir cette dernière proposition d'une manière irréfragable, il serait, avant tout, nécessaire de démontrer que l'inflammation du cœur survient moins fréquemment dans les autres maladies aiguës que dans le cours du rhumatisme.

Fréquence des maladies du cœur dans le rhumatisme articulaire chronique.— Sur 109 cas de cette espèce, 20 présentaient quelque maladie du cœur : c'étaient principalement des affections des valvules, le plus souvent d'origine ancienne; dans 2 cas seulement, il y avait une péricardite aiguë, et encore dans un de ces cas était-elle douteuse; enfin, dans 87 cas, il n'y avait aucune trace de maladie du cœur. L'auteur

en conclut : 1° que la proportion des cas de maladie du cœur, principalement de maladies des valvules d'origine ancienne, est presque identique dans le cas de rhumatisme aigu et de rhumatisme chronique (22,09 p. % à 18,34 p. %) ; 2° que s'il y a un excédant pour le rhumatisme aigu, cela tient à la présence de l'endocardite récente (différence 3,75 p. %); 3° que la différence qui existe entre l'excédant des maladies valvulaires du rhumatisme aigu sur celles du rhumatisme chronique (3,75 p. %), et l'excédant des maladies des valvules du rhumatisme aigu sur les maladies des valvules, considérées d'une manière générale, donne 6,52 p. %, pour représenter l'excédant des maladies valvulaires qui appartiennent au rhumatisme chronique, sur les maladies valvulaires qui se montrent dans tout autre cas, ou la proportion de l'endocardite aiguë dans le rhumatisme chronique; 4° que la péricardite, et peut-être aussi l'endocardite, sont beaucoup plus fréquentes pendant le cours du rhumatisme articulaire aigu que du rhumatisme articulaire chronique.

Il était curieux de savoir quelle est la fréquence comparative de la péricardite aiguë et de l'endocardite, dans le rhumatisme articulaire aigu ou chronique. D'après un relevé très-étendu, la fréquence de l'endocardite serait d'environ 10,27 p. % (1), tandis que la péricardite serait dans la proportion de 8 p. %; et dans le rhumatisme articulaire chronique on trouverait, pour la péricardite, 1,834 p. %; et pour l'endocardite, 6,520 p. %.

Fréquence des inflammations internes dans le rhuma-

---

(1) Cette proportion paraîtra bien faible à quelques personnes; mais il faut savoir que, dans l'impossibilité où il se croit de distinguer l'endocardite récente de l'endocardite ancienne, l'auteur n'a rattaché à la première que la différence entre les maladies des valvules que l'on observe dans le rhumatisme articulaire aigu et les maladies des valvules qui existent dans toute autre circonstance. (A.)

tisme articulaire aigu ou chronique, sans complication cardiaque. — 1° *Dans le rhumatisme articulaire aigu.* De ces complications de rhumatisme, celles seules qui se montrent vers les appareils respiratoires nous paraissent mériter attention : ainsi, sur 175 cas, on comptait 24 bronchites, dont plusieurs chroniques; 4 pleurésies, dont une double; et 3 pneumonies.

2° Sur 109 cas de *rhumatisme chronique*, il y avait 5 bronchites, 2 pneumonies et 2 pleurésies.

Circonstances qui favorisent le développement de la péricardite rhumatismale. — 1° *Métastase.* On sait que plusieurs auteurs ont cherché à expliquer la production de la péricardite ou de l'endocardite dans le rhumatisme par le transport de l'inflammation des jointures sur l'organe central de la circulation. Or, sur 15 cas de rhumatisme compliqué de péricardite, l'auteur a noté que 10 fois la maladie des articulations persista sans aucune modification après l'invasion de cette maladie. Dans un cas, le rhumatisme cessa, mais non d'une manière subite, vers l'époque à laquelle la péricardite commença à paraître. Dans un autre cas, le rhumatisme disparut graduellement, et il avait entièrement cessé trois ou quatre jours avant l'invasion de la péricardite. Dans un autre cas, il n'y avait pas de renseignements sur ce point. Enfin, dans deux cas, la péricardite précéda le rhumatisme : dans un, de quelques heures seulement; dans l'autre, de quelques jours (dans ce dernier cas, les douleurs rhumatismales furent très-vives et de peu de durée, tandis que la péricardite se termina par la mort). La métastase n'est donc pas une cause fréquente de la péricardite rhumatismale, puisque l'auteur n'en a pas observé un seul exemple. Mais il ajoute judicieusement que rien ne prouve que cela soit impossible, et peut-être si quelque cause amenait la disparition brusque du rhumatisme pendant qu'il est dans sa grande intensité, le cœur serait-il affecté bien plus fortement que dans les cas où l'arthrite di-

minue graduellement d'intensité. L'auteur a encore dit quelques mots des inflammations cardiaques, dont le développement précède celui du rhumatisme; mais, quant à lui, il n'en a observé que deux cas. Enfin il serait assez disposé à admettre un rhumatisme aigu et une péricardite rhumatismale sans aucune affection articulaire. Sur ce point, l'auteur adopte l'opinion de M. Chomel et du Dr Graves; mais ce sont là des vues de l'esprit, dont jusqu'ici la démonstration est encore à fournir, et que l'on est étonné de retrouver au milieu de recherches aussi positives que celles qui précèdent.

2° *Forme du rhumatisme.* — Si l'on adopte la division que le Dr Macleod a établie dans le rhumatisme articulaire, en rhumatisme *fibreux* et rhumatisme *capsulaire*, tous les cas de péricardite rhumatismale appartiendraient à la forme *fibreuse*, ou à ce que M. Bouillaud a appelé rhumatisme *généralisé*.

3° *Intensité du rhumatisme.* — Sur 15 cas, 2 étaient très-aigus, 2 un peu moins, 10 subaigus; le 15e n'offrait qu'une simple trace de rhumatisme : d'où il suit que le rhumatisme n'était très-aigu que dans un quart des cas. Cependant, dans tous, la péricardite était fort intense, affectait la totalité de la membrane séreuse, et même en deux cas, elle se termina par la mort. Dans une autre série de cas, la péricardite fut moins intense. Deux rhumatismes se terminèrent d'une manière funeste, mais un seul par suite de la péricardite; encore cette maladie, malgré sa gravité, affecta-t-elle une forme chronique. D'où l'auteur a conclu : 1° que la violence et la léthalité de la péricardite rhumatismale sont généralement plus considérables dans les cas dans lesquels le rhumatisme concomitant est très - aigu que dans ceux où il est *subaigu;* 2° qu'il n'est pas démontré que la péricardite soit plus fréquente dans la forme très-grave que dans une forme moins grave du rhumatisme aigu. (Il est bien vrai que, dans les trois quarts des cas, le rhumatisme était subaigu; mais il faut savoir aussi que cette der-

nière forme est la plus fréquente de toutes. Au reste, tandis que MM. Bouillaud, Copland, Macleod, regardent la péricardite comme plus fréquente dans la forme très-aiguë du rhumatisme, MM. Latham et Watson professent l'opinion contraire.)

4° *Période du rhumatisme.* — Dans 2 cas, la péricardite a débuté avant l'arthrite; dans 2 autres cas, elle s'est montrée le premier jour du rhumatisme; dans 3, le troisième jour; dans 1, le quatrième jour; dans 3, le huitième ou le neuvième jour; dans 2, le onzième jour; dans 1, le quatorzième jour; et dans 1 autre, à une époque indéterminée. Ainsi, dans plus de la moitié des cas de péricardite rhumatismale, l'affection du cœur se montra, ou au quatrième jour, ou avant. A une exception près, la péricardite ne se développa pas plus tôt dans les cas dans lesquels elle fut très-grave que dans ceux où elle le fut moins.

5° *Influence des rhumatismes antécédents.* — Dans 11 cas sur 15, la péricardite survint pendant le cours de la première attaque du rhumatisme; dans 3, pendant la deuxième attaque; et dans 1, pendant la troisième. Or, ces onze cas étaient les plus graves de tous. La péricardite est donc à la fois plus fréquente et plus grave dans une première attaque de rhumatisme que dans les attaques suivantes (1).

6° *Maladies du cœur antérieures.* — 10 sur 15 n'avaient pas de maladies du cœur (c'étaient des cas de péricardite très-graves (2).

7° *Ages des sujets rhumatisants.* — 9 ou les deux tiers

(1) Cette conclusion est tellement en désaccord avec ce que l'on sait des inflammations des autres membranes séreuses, que nous croyons nécessaire de ne pas la laisser passer inaperçue. Il faudrait plus de 15 cas de péricardite pour qu'elle nous parût irréfragable. (A.)

(2) Encore une conclusion à vérifier. (A.)

avaient 20 ans ou au-dessus; 5, entre 20 et 26 ans; et le 15e avait plus de 40 ans. La péricardite rhumatismale est donc plus fréquente chez les jeunes sujets; mais aussi le rhumatisme est bien plus commun à cette dernière époque.

8° *Sexes.*—Il y avait 9 hommes et 6 femmes.

9° *État des forces.* — 4 sujets étaient robustes ou vigoureux; des 11 autres, 1 ou 2 n'étaient pas bien portants quelque temps auparavant, et les autres n'étaient pas naturellement forts.

En résumé, les circonstances qui paraissent favoriser le développement de la péricardite rhumatismale sont: 1° la forme *fibreuse* ou *généralisée* du rhumatisme; 2° la première attaque de cette maladie; 3° un âge peu avancé; 4° un haut degré d'intensité du rhumatisme (?); 5° une altération antérieure de la santé, ou une constitution naturellement délicate.

Dans le chapitre suivant, l'auteur s'est occupé du mode de production de la péricardite rhumatismale. On comprend que nous ne devons pas le suivre sur ce terrain, où les hypothèses abondent beaucoup plus que les choses démontrées. Nous dirons seulement qu'il s'est montré partisan de l'opinion professée par plusieurs auteurs, notamment par M. Cruveilhier, qui rattachent le rhumatisme à la présence d'une matière morbide ou d'un excès de quelque ingrédient naturel du sang, qui a une affinité spéciale pour le tissu fibreux et fibro-séreux du corps, et qui, en se fixant sur un ou plusieurs d'entre eux, y détermine des inflammations locales variées. Tout s'explique facilement dans ce système, et si le cœur est plus gravement affecté dans les cas graves de rhumatisme articulaire aigu, c'est par la même raison qu'il y a un plus grand nombre d'articulations prises et plus gravement atteintes, en même temps qu'il y a plus de fièvre. Le rhumatisme n'est donc pas véritablement la cause de la péricardite rhumatismale, car ils se développent tous les deux sous l'influence d'un tat morbide général.

Dans la troisième partie, M. Taylor s'est occupé d'une portion véritablement neuve de son sujet, c'est-à-dire de l'influence qu'exerce la néphrite albumineuse sur la production de la péricardite et de quelques autres inflammations.

Fréquence de la néphrite albumineuse comme cause de la péricardite. — Sur 31 malades affectés de péricardite aiguë, 9 et peut-être 11 étaient atteints de néphrite albumineuse.

Fréquence de la péricardite et de quelques autres inflammations internes dans la néphrite albumineuse et dans les inflammations autres que cette maladie et le rhumatisme articulaire aigu. — Réunissant tous les faits du premier groupe, on trouve : 1° que, sur 50 cas de néphrite albumineuse, il y avait 48 cas d'inflammation aiguë, c'est-à-dire 96 inflammations sur 100 malades. Or, comme ces inflammations s'étaient réparties sur 30 de ces 50 malades, il s'ensuit que 60 p. % de ces cas étaient compliqués d'inflammations internes, ce qui établit la proportion de plus d'une inflammation et demie pour chaque malade. Quant aux inflammations antérieures, cette proportion est de 1 trois quarts. (Dans ce nombre, figurent la péricardite pour un neuvième, l'endocardite pour un cinquième, la pleurésie pour un tiers, la pneumonie pour un sixième, etc.)

D'un autre côté, 142 cas, pris indistinctement, dans lesquels il n'y avait ni rhumatisme, ni néphrite albumineuse, ont fourni 68 exemples d'inflammations aiguës (42 p. %), et comme ces inflammations se sont distribuées sur 51 malades seulement, il n'y avait d'inflammation aiguë que dans 36 p. % de ces cas, ce qui établit la proportion de 1 $1/3$ inflammation pour chaque malade. Quant aux inflammations antérieures, la proportion est de 1 $1/2$.

D'où l'auteur a conclu : 1° que la proportion des inflammations internes aiguës, dans la série des cas de néphrite albumineuse, est *double* de ce qui existe dans la série opposée (96 p. % à 42 p. %) : de même la proportion des malades qui

en sont affectés est beaucoup plus grande dans la première que dans la seconde série (60 p. % à 36 p. %); mais que la moyenne des inflammations est cependant à peu près la même pour chaque malade pris isolément. 2° Que la moyenne des inflammations antécédentes dans le cas de néphrite albumineuse est seulement d'environ un tiers plus considérable que dans le cas où cette maladie n'existe pas.

Influence comparative du rhumatisme articulaire aigu et de la néphrite albumineuse sur la production de la péricardite et des inflammations en général.— Nous avons vu qu'il y avait presque le double de péricardites à la suite du rhumatisme qu'à la suite de la néphrite albumineuse. On se tromperait cependant si l'on voulait en conclure que le rhumatisme a deux fois plus de disposition à produire la péricardite que la néphrite elle-même; car il faudrait d'abord établir que le rhumatisme n'est pas deux fois plus commun que la néphrite albumineuse. D'après un relevé qui ne porte pas sur moins de 10,468 cas, l'auteur est arrivé à ce résultat: que la fréquence du rhumatisme articulaire aigu par rapport à la néphrite est comme 1 ½ à 1. Or, sur 75 cas de rhumatisme articulaire aigu, on trouve 8 péricardites ou 1 sur 9 ½, et sur 183 cas de néphrite albumineuse, on trouve 16 péricardites aiguës, environ 1 sur 11. D'autre part, sur 20 cas d'adhérence du péricarde, on trouve 9 cas de néphrite albumineuse, et 5 de rhumatisme articulaire aigu. La néphrite albumineuse et le rhumatisme articulaire aigu paraissent donc amener le développement de la péricardite dans un nombre de cas à peu près égal, tandis que les adhérences du péricarde reconnaissent plutôt la première de ces deux causes.

Quant à l'endocardite aiguë et aux maladies des valvules, en faisant abstraction des causes d'erreur, on trouve, dans le cas de rhumatisme, 7,809 pour 100; dans le cas de néphrite, 8 pour 100; et pour les maladies des valvules, 48 pour 100 dans le rhumatisme, et 50 pour 100 dans la néphrite.

Relativement aux inflammations autres que celles du cœur dans ces deux maladies, on trouve :

	Rhumatismes articul. aigus.			Néphrites albumin.		
Inflammations de la tête. .	Sur 89 cas,	3	(1 sur 30);	sur 50;	11	(1 sur 4½)
Pleurésies.	»	3	»	»	11	»
Pneumonies.	»	3	»	»	12	(1 sur 4)
Péritonites.	»	0	0	»	5	(1 sur 10)

En résumé : 1° Le rhumatisme articulaire aigu et la néphrite albumineuse *parvenue à une période avancée* ont une tendance égale à produire la péricardite et l'endocardite; 2° le rhumatisme articulaire aigu détermine plus souvent la péricardite et l'endocardite que le fait la néphrite albumineuse *à une période peu avancée;* 3° la néphrite albumineuse est bien plus souvent que le rhumatisme aigu compliquée d'inflammation de la plèvre, du poumon, du péritoine et des parties renfermées dans la tête; 4° le rhumatisme articulaire aigu donne lieu à la péricardite aiguë six fois plus que le font toutes les maladies prises ensemble. (Ce résultat s'applique jusqu'à un certain point à l'endocardite, mais la conclusion n'est pas aussi rigoureuse.) La néphrite albumineuse, au contraire, détermine le développement de la péricardite et de l'endocardite aiguë dans plus du double des cas de ceux qui appartiennent à toutes les maladies prises indistinctement.

L'auteur a terminé son mémoire en rappelant que la péricardite se développe encore dans quelques circonstances autres que celles qu'il a fait connaître : par exemple, dans les fièvres éruptives, telles que la scarlatine, la variole, l'érysipèle, etc. (1). Mais les détails que nous avons déjà consacrés à cette forme de la péricardite, en rendant compte du mémoire

(1) Nous avons remarqué qu'il ne dit rien de la péricardite que l'on observe dans la fièvre puerpérale; elle est cependant assez commune. (A.)

du Dr Scott Alison (*Arch. gén. de méd.*, septembre 1845), nous dispensent d'insister davantage sur ce point. Nous dirons cependant, avec l'auteur, que les faits précédents paraissent destinés à donner une grande importance, dans l'étiologie de la péricardite, à l'état de santé antérieur des malades. Presque tous les cas de péricardite que l'auteur a rencontrés se sont développés indépendamment de toute cause *externe* ou *déterminante* dans le sens ordinaire du mot, et lorsque l'action du froid a été la cause immédiate du rhumatisme, ce n'était pas cette cause initiale qui amenait la péricardite : elle survenait, au contraire, d'une manière tout à fait secondaire et par l'intermédiaire du rhumatisme. Enfin, tandis que, dans quelques cas, les causes prédisposantes étaient les seules dont on pût faire intervenir le mode d'action, ces causes avaient encore, dans tous les autres cas, une importance notable, et sans leur coopération, toutes les causes déterminantes eussent été complétement insuffisantes.

DES FIÈVRES INTERMITTENTES ET DE LEUR TRAITEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX;

Par F. MASSELOT, *chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Versailles, membre de la Société anatomique de Paris.*

(2e article.)

OBSERVATION. IX. — *Fièvre intermittente tierce arrêtée par le sulfate de quinine ; retour des accès ; dysenterie ; ascite. Guérison par l'emploi simultané de l'acide arsénieux et des vomitifs.* — Malafaye, soldat au 16e léger depuis deux ans, de bonne constitution, ayant le système musculaire assez développé, habituellement en bonne santé, arrive du camp de Lyon, où il a couché pendant deux mois sur la paille dans le voisinage de marais. Bonne santé pendant tout le séjour au camp. Dans la route de Lyon à Versailles, après l'arrivée à la cinquième étape, accès fébrile terminé fort avant dans la nuit et caractérisé par tremblement, chaleur et sueur;

retour des accès tous les deux jours à la même heure; quatre prises de sulfate de quinine les arrêtent. Après avoir manqué deux fois ils reparaissent avec plus d'intensité; à la fin du deuxième survient une dysenterie avec beaucoup de ténesme et de borborygmes, mais sans coliques tant soit peu vives. Au bout de cinq jours la suppression subite du flux du sang est immédiatement suivie d'*oppression pénible et de toux*, puis de bouffissure de la face et d'enflure œdémateuse des pieds. Malgré une très-grande faiblesse, il put continuer la route parce que l'accès venait toujours après l'arrivée à l'étape.

Entrée à l'hôpital le 21 octobre 1843; presque immédiatement après, accès complet de dix heures de durée.

Le 22. Etat du malade : tristesse et taciturnité; langueur et débilité extrêmes; marche à peine possible; pâleur des conjonctives; face terreuse, bouffie, d'un jaune sale; enflure œdémateuse des pieds; chairs molles; amaigrissement très-prononcé survenu depuis l'invasion du mal. Sur le tronc et notamment les membres, taches violacées assez nombreuses, séparées par des intervalles où la peau est d'un jaune sale; lèvres violettes; chaleur de la peau au-dessous de l'état normal; pouls très-petit, mou, 48 pulsations; sentiment pénible d'oppression; un peu de toux; sonorité de la poitrine bonne partout; çà et là quelques bulles de râle muqueux; crachats séreux, peu abondants, spumeux. L'état physique ne rend pas compte de l'oppression du malade. Langue pâle, couverte d'un enduit jaunâtre; dégoût pour les aliments; peu de soif; répugnance pour les boissons émollientes; douze selles depuis vingt-quatre heures, ne rendant chaque fois qu'une très-petite quantité de mucus; ténesme fréquent et très-fatigant; volume de la rate très-sensiblement augmenté; pas d'épanchement dans les plèvres ni le péricarde; il en existe un peu dans le péritoine. (Diète le matin, soupe le soir; potion vomitive; acide arsénieux 4 milligr. pour être pris le lendemain à cinq heures du matin.)

Le 23. Hier vomissement d'une grande quantité de bile jaune et poisseuse; légère amélioration; affaissement moins grand; moins de selle et de ténesme; peau plus chaude, circulation ranimée; moins de toux et d'oppression; disposition à manger. (Riz au lait.)

Le 24. Hier, l'accès avance et vient à sept heures et demie du matin; mais chacun de ses stades est réduit de plus de moitié pour la durée et l'intensité. Il y a eu depuis hier un peu plus d'oppression, de toux, de diarrhée et de ténesme : accidents toujours bien

plus marqués les jours d'accès. (Soupe et riz au lait, 4 milligr. d'acide arsénieux pour être pris à onze heures du soir.)

Le 25. Amélioration dans l'état général; moins de diarrhée et de ténesme; taches livides de la peau disparues.

Le 26. Pas d'accès hier, seulement un peu de recrudescence dans le nombre des selles, le ténesme et l'oppression; battements du cœur à peine sensibles; pouls très-petit; 42 pulsations, œdème des pieds presque nul; ascite augmentée; un peu d'appétit. (Quart de port. d'alim. et de vin, demi-lavement amyl. op., 2 pil. op.)

Les 27 et 28. Pas d'accès; amélioration sensible dans l'état général; sentiment de mieux-être de la part du malade; appétit. (Quart de port. d'alim. et de vin.)

Le 29. Le malade est retombé dans l'état où il était le 22; sensation de gêne et de plénitude dans la région épigastrique qui est douloureuse au toucher; bouche amère; enduit jaune épais sur la langue; soif; ascite augmentée; niveau de l'épanchement, 5 centimètres au-dessous de l'ombilic; rate tuméfiée; urines rouges sédimenteuses. (Bouillon, pot. vomit.)

Le 30. Amélioration étonnante; circulation ranimée; taches violettes disparues; ascite diminuée; beaucoup moins d'oppression, de toux, de diarrhée, et de ténesme; 4 selles de mucus; appétit; pas de soif; le malade a pu rester levé pendant cinq heures. (Quart de port. d'alim. et de vin)

Le 31. Même état; même prescription.

1er Novembre. Très-bien hier jusqu'à neuf heures et demie; à cette heure tout à coup frisson général, puis violent tremblement pendant une heure et demie, puis chaleur et sueur pendant cinq heures. Depuis hier à une heure, 20 selles peu abondantes de mucus, ténesme fréquent. Le malade ce matin est dans l'affaissement; encore un peu d'appétit. (Quart de port. d'alim. et de vin; acide arsénieux 6 milligr. pour être pris demain à cinq heures du matin.)

Le 2. Journée d'hier bonne; 6 selles; ténesme presque nul; ce matin, même état que le 30 octobre; appétit. (Même prescription que le 1er.)

Le 3. L'acide arsénieux prescrit hier n'a pas été donné; accès violent à neuf heures du matin, tremblement très-fort avec claquement des dents pendant deux heures. Vers la fin de ce stade, plusieurs vomissements bilieux, cardialgie, violent mal de tête occupant la région frontale; à une heure du soir, pendant la réaction, tout le corps, mais particulièrement les membres et la face,

étaient tuméfiés et rénitents; les saillies osseuses très-prononcées, surtout aux mains, les jours d'apyrexie, étaient entièrement effacées par suite du gonflement; la peau sèche, chaude, conserve pendant quelques moments l'impression du doigt. Le point comprimé, devenu blanc par la pression, rougit dès qu'elle cesse. Au lieu de la teinte jaune sale, terreuse du temps d'apyrexie, la peau, notamment à la face, a une coloration rouge prononcée. Pendant cet état, qui s'est déjà manifesté plusieurs fois pendant les accès; mais à un moindre degré, le malade a les yeux animés, le pouls développé (80 pulsations), la respiration libre et facile. Il n'a ni toux, ni oppression; il se sent fort, et pour le prouver il quitte rapidement son lit, et marche hardiment, tandis que dans l'apyrexie, il peut à peine se tenir debout. Tout cet état de bien-être disparaît progressivement avec l'accès, et l'ascite augmente. Quand la chaleur fébrile de la peau et avec elle l'enflure diminuent, le malade éprouve sur tout le corps et les membres une légère démangeaison à laquelle succède la sueur. Troisième stade à cinq heures du soir; sueur abondante et générale pendant deux heures. Depuis le commencement de l'accès jusqu'à cinq heures du soir, pas de selles, ni ténesme. Depuis cette heure jusqu'à ce matin huit à dix selles d'un mucus peu abondant; ténesme fréquent et douloureux; urines rares, troubles, orangées; respiration moins facile, sentiment d'oppression, un peu de toux. Ce matin le malade, accablé, triste, est dans un affaissement extrême; teinte plombée et terreuse de la peau; pouls petit, mou, 48; chaleur de la peau normale; peu d'appétit. (Soupe, riz au lait, pot. op., demi-lavement amyl. op.; acide arsénieux 6 milligr. pour être pris demain matin à cinq heures.)

Le 4. Journée d'hier assez bonne; 4 selles; pas de ténesme; ni oppression, ni toux. Le malade n'a pu se lever à cause de la grande faiblesse où il se trouve; un peu plus d'appétit. (Soupe, riz au lait; 6 milligr. d'acide arsénieux ont été pris ce matin.)

Le 5. Hier le frisson a entièrement manqué; à dix heures et demie forte chaleur suivie de très-peu de sueur; durée totale de l'accès deux heures et demie; comme tous les jours d'accès, diarrhée, ténesme, oppression, œdème des pieds, pouls très-petit, 46 pulsations; niveau de l'épanchement, 6 centimètres au-dessous de l'ombilic. (Soupe, riz au lait, pot. nit. à 8 gram., acide arsénieux 6 milligr. pour être pris demain à cinq heures du matin.)

Le 6. Journée du 5 assez bonne. (Soupe et riz au lait.)

Le 7. Hier à neuf heures et demie accès semblable à celui du 2. Le malade, qui devait prendre l'acide arsénieux à cinq heures, ne l'a pris

qu'à neuf heures lorsque déjà il ressentait des frissons vagues et du malaise ; affaissement extrême. (Soupe, riz au lait, pot. nit. 8 gram.; acide arsénieux 6 milligr. pour être pris demain à cinq heures du matin.)

Le 8. Même état; même prescription, moins l'arsenic. (Le fébrifuge a été pris ce matin.)

Le 9. Accès presque nul; à midi quelques légers frissons dans les lombes et les membres inférieurs seulement; peu de chaleur, pas de sueur; durée totale de l'accès, une heure; amélioration sensible dans l'état général; appétit. (Soupe, riz au lait; pot. nit. 10 gram.; acide arsénieux 6 milligr. pour être pris demain à cinq heures du matin.)

Le 10. Hier le malade est resté levé une partie de la journée; amélioration générale marquée; retour de l'appétit; pouls moins faible, 54 pulsations; diminution de l'ascite et de l'œdème des pieds. (Soupe, riz au lait, quart de port. de vin; pot. nit. 10 gram.; teint scil. et digit. 30 gram. pour frictions; acide arsénieux 6 milligr.).

Le 11. Pas d'accès hier; journée très-bonne; retour des forces; 3 selles; pas de ténesme; pouls plus résistant, 56 pulsations; le malade se dit très-bien; facies bon. (Même prescription.)

Le 12. L'amélioration fait des progrès; diminution très-sensible de l'ascite; urines abondantes; appétit développé. (Quart de portion le matin, soupe le soir; du vin; le reste comme hier.)

Le 13. Pas d'accès; ni diarrhée, ni ténesme; état très-satisfaisant; pouls plus développé, 60 pulsations; teinte jaune et terreuse de la peau bien diminuée; appétit prononcé. (Quart de port. d'alim. et de vin; le reste comme le 11 et le 12.)

Le 14. Il n'y a plus ni bouffissure de la face, ni infiltration des pieds; niveau de l'ascite dépassant à peine le pubis; urines abondantes; 64 pulsations; le malade a marché une partie de la journée; coloration meilleure. (Même prescription.)

Le 15 et le 16. Le malade va de mieux en mieux; l'ascite a disparu. (Demi-port. d'alim. et de vin, pot. nit.; friction avec teint. scil. et dig.; suppression de l'acide arsénieux.)

Le 17 et le 18. Très-bien; rate revenue à son volume normal. (Demi-port. d'alim. et de vin.)

Le 19 et le 20. Très-bien. (Trois quarts de port. d'alim. et de vin.) Le malade sort pour aller en congé.

L'observation que je viens de rapporter est digne de remarque sous plusieurs rapports. Mais j'appellerai seulement l'attention du lecteur sur la question qui fait spécialement le sujet de ce mémoire, et je passerai sous silence la coïncidence de la dysenterie avec la fièvre intermittente, l'oppression et la toux survenue immédiatement après la cessation du flux de sang, le sentiment de force et de bien-être, ainsi que la suppression des selles et la tuméfaction de la peau pendant la durée de l'accès, ou du moins jusque vers sa terminaison. Ces phénomènes remarquables seront discutés lorsque je traiterai de la dysenterie.

Considérée au point de vue de l'effet thérapeutique de l'acide arsénieux et des vomitifs dans la curation des fièvres intermittentes, cette observation, qui est un cas d'infection paludéenne parfaitement tranché, permet d'établir les remarques suivantes : Une amélioration très-sensible s'est opérée dans l'état général du malade sous l'influence du vomitif qui a fait renaître l'appétit, ranimé la circulation et amené la diminution de la diarrhée, du ténesme, de l'ascite et de la congestion pulmonaire ; mais il n'a pu prévenir le retour des accès, ni même diminuer leur intensité.

Les accès arrêtés une première fois par deux prises d'acide arsénieux, comme ils l'avaient été par le sulfate de quinine, reparurent avec plus d'intensité, après quelques jours d'amélioration passagère. Il en fut de même pour tous les autres symptômes de l'infection paludéenne. Mais l'acide arsénieux donné à dose plus élevée, et continué plus longtemps, a définitivement triomphé du mal avec un succès égal à celui qu'on aurait pu attendre du sulfate de quinine. Enfin je ferai encore remarquer que l'oubli et la négligence commis le 2 et le 4 sont deux circonstances qui mettent dans toute son évidence l'efficacité de l'acide arsénieux.

La rapidité avec laquelle l'ascite a disparu, ainsi que l'œdème des pieds, après la suppression définitive des accès,

malgré l'usage continué de l'acide arsénieux, prouve combien est mal fondée l'opinion des médecins qui accusent cet agent thérapeutique de causer la débilité et des épanchements séreux.

Obs. X. — *Fièvre intermittente quotidienne ancienne, rebelle au sulfate de quinine et à toutes les préparations de quinquina, guérie par l'emploi simultané de l'acide arsénieux et des vomitifs.* — Prat, infirmier major à l'hôpital militaire de Versailles, de bonne et forte constitution, a été atteint d'une fièvre quarte d'assez longue durée, à l'âge de 18 ans. En 1823, pendant la campagne d'Espagne, dysenterie qui n'a été guérie qu'au bout de quatre mois. De 1830 à 1838, il reste en Afrique. En très-bonne santé les cinq premières années, il eut fréquemment la diarrhée pendant les trois dernières. Il éprouva aussi, à plusieurs reprises, des accès fébriles irréguliers, mal caractérisés, qui laissaient constamment à leur suite la diarrhée, lorsque déjà elle n'existait pas. Le mal s'aggravant, les forces étant perdues et les traitements procurant à peine une amélioration passagère, le malade obtint de rentrer en France. Après un séjour de dix mois à Toulon, il avait repris son embonpoint, recouvré ses forces et se considérait comme guéri. Ce fut alors qu'il reçut l'ordre de se rendre à Versailles, où il continua de jouir d'une assez bonne santé pendant deux années. Au mois d'avril 1843, il fut pris d'une fièvre intermittente quotidienne qu'il conserva jusqu'au mois de juin 1845. Dans les premiers temps, les accès furent arrêtés par le sulfate de quinine, mais ils reparaissaient dès qu'on en cessait l'usage. Plus tard ce remède fut d'une inefficacité absolue, bien que la dose en fût portée jusqu'à produire la surdité, ainsi que les autres phénomènes de la saturation. Enfin il arriva un moment où la plus petite dose provoquait immédiatement de vives douleurs d'estomac et le vomissement. Toutes les autres préparations de quinquina, poudre, vin, teinture, extrait, sirop... furent vainement employées. Loin d'arrêter ce mal, elles ne firent, comme le sulfate de quinine, que l'aggraver. Alors je conseillai au malade d'essayer l'acide arsénieux. Il s'y refusa d'abord, puis y consentit après avoir reconnu l'inefficacité absolue et même la nocuité de tous les autres agents médicamenteux. Redoutant les effets de l'acide arsénieux, il n'en voulut prendre d'abord que 4, puis 12 milligrammes par jour. A cette dose, l'acide arsénieux modifia les accès, les retarda et les supprima

même quelquefois; mais ils reparurent bientôt, et le fébrifuge, à cette dose, resta sans efficacité.

Les accès augmentant d'intensité, l'amaigrissement, la chute des forces, les épanchements séreux, et la diarrhée faisant des progrès rapides, le malade désespéré consentit enfin à recevoir les soins de M. Boudin, et à exécuter le traitement qui lui serait prescrit. Jusqu'alors il n'avait voulu ni prendre de vomitif, ni augmenter les doses de l'acide arsénieux. Voici l'état dans lequel il était lorsqu'il reçut les soins de M. Boudin : Perte totale des forces, débilité extrême, tristesse, taciturnité, profond découragement, yeux éteints, nécessité de garder le lit, amaigrissement très-prononcé; peau et muqueuses entièrement décolorées, terreuses et d'un jaune sale; langue plate, pâle, couverte d'un enduit blanc-jaunâtre, épais; répugnance pour les boissons aqueuses émollientes qui provoquaient immédiatement des borborygmes et de la dyarrhée; perte entière de l'appétit et du goût; sentiment de gêne, d'aigreur et d'oppression à l'épigastre qui était douloureux à la pression; peu de soif, diarrhée; parfois vingt selles dans un jour, formées de matières bilieuses et contenant de temps à autre des aliments qui n'avaient pas subi la moindre altération en traversant le tube digestif. La diarrhée n'existait jamais que dans l'intervalle des accès; jamais une seule selle pendant la durée des deux premiers stades. De plus il y a toujours eu un rapport constant entre le retour, la durée, l'intensité de l'accès et la diarrhée. Si les accès manquaient pendant quelques jours, il en était de même de la diarrhée. Le vin seul semblait bon au malade. Chaleur de la peau au-dessous de l'état normal; grande sensibilité au froid, circulation lente, pouls très-petit, mou, 46 pulsations; œdème des membres inférieurs, face bouffie, ascite peu considérable; rien dans les plèvres ni le péricarde; rate tuméfiée, représentant environ quatre fois le volumd d'une rate normale. Rien à noter dans le cœur, ni les poumons, si ce n'est le peu d'énergie de leurs fonctions; urines rares, orangées, sédimenteuses.

Vers deux heures du soir, malaise général plus marqué, puis frisson tout le long de la colonne vertébrale, et tremblement général avec claquement des dents, brisement douloureux dans les membres, et notamment dans les lombes; pesanteur de tête, soif, nausées ou vomissements bilieux; cardialgie, oppression; douleurs dans la région splénique; durée de ce stade de trois à quatre heures. A cet état succédait, en s'établissant progressivement, une réaction plus ou moins vive, avec chaleur sèche et tuméfaction de la peau, yeux

saillants, gonflement de la face, céphalalgie frontale lancinante, soif, parfois vomissement avec douleur dans la région de l'estomac. Durée de ce stade de trois à cinq heures. Pendant la diminution progressive de ces symptômes, s'établissait une sueur fort abondante épuisant considérablement le malade; elle se prolongeait jusqu'à deux ou trois et même quatre heures du matin. Lorsque le troisième stade était vers la moitié de sa durée, d'autres fois près de sa terminaison, le ventre se tuméfiait, les borborygmes apparaissaient et étaient bientôt suivis de selles diarrhéiques d'aspect bilieux. Celles-ci, d'abord fréquemment répétées, devenaient d'autant plus rares qu'on s'éloignait davantage de la fin de l'accès.

Le 26 juin. Potion vomitive le matin; vomissement d'une grande quantité de bile jaune, épaisse et filante. A deux heures du soir, accès comme à l'ordinaire.

Le 27. Moins de gêne et d'oppression dans la région de l'estomac. (Potages gras; vin de Bordeaux; acide arsénieux, *trois* centigrammes, pour être pris en trois fois à six, huit et dix heures du matin.

Le 28. Pas d'accès hier. Le malade se dit mieux; il a dormi une bonne partie de la nuit, ce qui ne lui était pas arrivé depuis bien longtemps; un peu d'appétit. (Même prescript.)

Le 29. Hier, le malade n'ayant commencé à prendre la première dose du fébrifuge qu'après onze heures, l'accès s'est reproduit avant une heure, mais avec un peu moins d'intensité. (Même prescript.)

Le 30. Hier, le fébrifuge ayant été pris en temps convenable, l'accés n'a pas eu lieu. Ce matin le malade est étonné du bien-être qu'il éprouve; il n'a plus de répugnance pour les aliments; il se sent même de l'appétit, il est moins jaune et n'a eu que deux selles. (Même prescript.)

1er juillet. Pas d'accès; la langue se nétoie. Outre trois potages, le malade a mangé avec appétit une côtelette de mouton qu'il a parfaitement digérée, à son grand étonnement; car, avant le commencement du traitement, la plus légère alimentation augmentait son malaise et provoquait immédiatement des borborygmes et de la diarrhée. (Potages gras; deux côtelettes; du vin de Bordeaux; acide arsén., *trois* centigr.)

Le 2. Amélioration très-sensible dans l'état général; appétit. Hier soir quelques frissons passagers, suivis de bouffées de chaleur sans sueur; trois selles dans la nuit. (Même pres., plus un vomitif.)

Le 3. Pas d'accès; l'amélioration continue; sept vomissements de bile jaune et huileuse. Le malade trouve son estomac encore plus débarrassé depuis ce second vomissement. (Potages gras; viandes rô-

ties; vin de Bordeaux; acide arsénieux, *un* centigramme, deux fois.)

Du 3 au 12 juillet, chaque jour, le malade prend 2 centigr. d'acide arsénieux, fait trois repas avec potage gras, viandes bouillies ou rôties et boit une bouteille de vin de Bordeaux.

Le 12 juillet. Les forces reviennent; appétit franchement développé; pas de diarrhée depuis la suppression des accès; amaigrissement moins prononcé; teinte jaune et terreuse disparue en grande partie; circulation ainsi que toutes les autres fonctions ranimées; pouls plus résistant, 62 pulsations. Il n'y a plus d'infiltration ni d'ascite; seulement un peu d'œdème aux pieds le soir. Volume de la rate diminué de plus de moitié; chaires plus fermes; état moral très-bon. Néanmoins, comme il reste encore de la pâleur et une légère teinte ictérique du pourtour des lèvres et des yeux, le malade demande lui-même à prendre un troisième vomitif; cinq vomissements. Cette fois la bile est d'un vert jaunâtre et beaucoup moins huileuse.

Du 12 juillet jusqu'au 27, le malade suit le même régime et prend 1 centigramme d'acide arsénieux chaque jour.

Le 27. Etat des plus satisfaisants. Le malade éprouve un sentiment de force et un bien-être physique et moral qu'il ne connaissait plus depuis longtemps; bonne coloration de la face; chaires fermes; l'embonpoint fait des progrès et les veines s'emplissent; rate à son volume normal; de la cachexie paludéenne, il ne reste plus qu'un fond de pâleur d'un blanc mat. Le malade marche tout le jour.

Le 28. Il obtient d'aller passer un mois à la campagne. Au commencement d'août, lorsque la température avait baissé ou qu'il avait plu, il a ressenti deux ou trois fois dans l'après-midi un peu de malaise et quelques légers frissons, mais jamais d'accès véritable. Pour assurer la guérison, il a pris à la campagne un quatrième vomitif et 1 centigramme d'acide arsénieux quotidiennement pendant dix-huit jours. Pendant les premiers jours qu'il passa à la campagne, il remarqua ce qu'il avait déjà observé à Versailles, qu'en suspendant l'usage de l'acide arsénieux seulement pendant deux ou trois jours, l'accès avait de la tendance à se reproduire. En rentrant à Versailles, le malade était entièrement rétabli. Depuis cette époque jusqu'à ce jour (12 février 1846), il a joui d'une santé parfaite.

Dans cette observation la coïncidence de la diarrhée avec les accès, la suppression du flux de ventre dès que ceux-ci

viennent à manquer, son retour constant avec eux et toujours pendant la durée du troisième stade, la liaison qui rattache l'un à l'autre ces deux états morbides, sont des faits que je signale à l'attention du lecteur, mais dont je ne m'occuperai point ici.

La maladie que je viens de relater est un cas de fièvre intermittente caractérisée non-seulement par le retour d'accès bien complets, mais encore par une cachexie paludéenne fort avancée. Le malade allait franchir bientôt la limite au delà de laquelle il serait devenu inaccessible à tout modificateur thérapeutique.

Bien convaincu qu'il n'avait plus rien à attendre du sulfate de quinine, ni des autres préparations de quinquina, ni des remèdes empiriques; désespéré, d'un autre côté, par les progrès de la maladie, et justement alarmé sur sa terminaison, le malade consentit à se soumettre à un traitement qu'il n'acceptait, comme il me l'a avoué depuis, que comme une ressource dernière et extrême, tant il redoutait les vomitifs et l'acide arsénieux. On a vu qu'il fut bientôt rassuré entièrement par l'influence heureuse que ces deux agents thérapeutiques, joints à une bonne alimentation et à l'usage du vin de Bordeaux, ont exercé sur la marche de la maladie. En récapitulant, on trouve que le malade a pris, chaque jour, *trois centigrammes* d'acide arsénieux du 27 juin au 2 juillet, *deux centigr.* du 3 au 12 juillet, *un centigr.* du 13 au 27; enfin, pendant le mois qu'il passa à la campagne, *un centigr.* quotidiennement pendant les dix-huit premiers jours. D'où il résulte que le sujet de cette observation a pris, en *soixante jours, soixante et quinze centigrammes* (*quinze grains*) d'acide arsénieux. Dans le même espace de temps, il prit en outre quatre vomitifs dont il s'est parfaitement bien trouvé.

Concluons de tout ce qui précède : 1° que le vomitif seul n'a pu empêcher le retour de l'accès, ni même diminuer son intensité; 2° qu'après l'usage de l'acide arsénieux pendant

trois jours, à la dose de 3 centigrammes, les accès n'ont plus reparu; 3° qu'une fièvre intermittente avec tous les accidents qu'elle amène après une longue durée, menaçant les jours du malade, rebelle au sulfate de quinine et à toutes les autres préparations de quinquina, a été promptement et solidement guérie par l'emploi simultané des vomitifs et de l'acide arsénieux; 4° que l'acide arsénieux donné en trois fois, et dans l'espace de quatre heures, à la dose de 3 centigrammes dissous dans 80 grammes d'eau, n'a pas causé la plus légère incommodité; 5° que l'usage de l'acide arsénieux continué pendant *soixante jours* à la dose moyenne de *treize milligrammes* par jour, loin d'avoir augmenté la cachexie paludéenne et d'avoir causé la débilité, des infiltrations et des épanchements séreux, a été suivi d'effets entièrement opposés à ceux qu'on lui a gratuitement attribués; 6° qu'il est certains cas où l'acide arsénieux a sur le sulfate de quinine une supériorité incontestable pour la curation des fièvres intermittentes; 7° que la sensibilité, la gêne, l'oppression dans la région de l'estomac, pas plus que la cardialgie, les vomissements, la diarrhée et l'état saburral de la langue, ne sont point des contradictions à l'emploi des vomitifs. Ces symptômes, que beaucoup de médecins rapportent encore à une nuance de la gastro-entérite, se dissipent merveilleusement sous l'influence de l'émétique uni à l'ipécacuanha.

OBS. XI. — *Fièvre intermittente pernicieuse ophthalmique (kératite vasculaire); sulfate de quinine à haute dose; rechutes. Guérison complète par l'acide arsénieux.* (Je dois cette observation à l'obligeance de mon ami le Dr Parise. Dire que lui-même en est le sujet et le narrateur, c'est dire combien j'y attache d'importance, et de quelle autorité elle est pour la solution de la question en litige.)

Je n'insisterai, dit M. Parise, que sur les rapports de l'ophthalmie avec la fièvre intermittente, passant légèrement sur ce qui appartient plus particulièrement à la kératite.

A l'âge de 10 ans, j'eus une fièvre intermittente tierce qui dura

près de deux mois et cessa sans traitement. A 19 ans, et quoique très-bien vacciné, je contractai une variole des plus confluentes qui me fit perdre plusieurs cils et me laissa quelques granulations sur la conjonctive palpébrale. Cinq ans après, étant interne à l'hôpital des Enfants malades, et sans cause connue autre que la fréquentation des salles d'ophthalmiques, je fus pris d'une double ophthalmie très-intense, offrant les caractères objectifs de l'ophthalmie catarrho-rhumatismale. Cette ophthalmie, accompagnée d'élancements névralgiques dans les rameaux de la cinquième paire, et surtout le lacrymal, ne fut nullement enrayée par *trois larges* saignées, par plus de *quatre cents sangsues* appliquées en peu de jours, par les purgatifs répétés, par le calomel à doses fractionnées, par les vésicatoires à la nuque, etc. etc. Elle céda à la cautérisation des paupières avec le sulfate de cuivre et le nitrate d'argent, jointe à l'administration de la belladone et du sulfate de quinine. La fièvre qui en avait marqué le début fut attribuée à l'inflammation oculaire, et ce ne fut qu'à titre d'indication tout à fait secondaire que le sulfate de quinine fut administré.

Quatre ans après, étant attaché à l'hôpital militaire de Versailles, en 1842, nouvelle ophthalmie plus intense que la première et à marche plus aiguë. Voici dans quelles circonstances elle se développa. C'était au mois de juillet, je passai dix jours à Paris, nuit et jour occupé à fouiller les bibliothèques. Au bout de ces dix jours, embarras gastrique avec fièvre, puis inappétence complète pendant vingt jours; mes yeux étaient à peine plus injectés qu'à l'ordinaire. Tel était mon état lorsque je visitai les étangs et les carrières voisins du Trou-Salé, près de Versailles; le lendemain, je fus saisi d'un violent frisson suivi de chaleur et de sueur, et précédé, ou tout au moins accompagné d'une douleur intense dans les orbites et d'une injection vive de toute la conjonctive. Plus frappé de ces derniers accidents que de la fièvre, je me fis pratiquer deux larges saignées et je m'administrai des purgatifs. Les sangsues avaient été si complétement inefficaces que je m'en abstins. Malgré ces moyens, dès le troisième jour, un chémosis inflammatoire entourait la cornée, des vaisseaux s'avançaient sur cette membrane, et une ulcération se creusait sur l'œil droit. Les accès fébriles revenaient tous les jours et se confondaient les uns avec les autres. Leur nature n'était pas facile à reconnaître; cependant, M. A. Bérard et M. Godard, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Versailles, prescrivirent le sulfate de quinine en même temps que la cautérisation de la cornée et de la face postérieure des

paupières par le crayon de nitrate d'argent, le collyre du même sel, la belladone en friction, etc. Les accès changèrent de type, puis cessèrent, et avec eux l'ophthalmie. J'étais en voie de guérison au bout d'un mois. Mais après quelques jours, obligé de me rendre à Paris, je fus repris de fièvre et d'ophthalmie. Le sulfate de quinine et le collyre ou nitrate d'argent suffirent pour en triompher.

Il ne restait plus ni opacité sur la cornée, ni rougeur sur la conjonctive oculaire; je me rendis dans ma famille à Beauregard (Côte-d'Or) pour achever mon rétablissement. J'y trouvai des habitants atteints de fièvres intermittentes attribuées à l'exploitation de mines de fer récemment découvertes. C'était au mois d'octobre, le temps était humide; au bout de peu de jours, je fus pris d'une rechute nouvelle extrêmement intense. L'accès fébrile fut parfaitement caractérisé, et dès son début se montrèrent les douleurs à la base de l'orbite, les élancements dans les rameaux de la cinquième paire, une photophobie névralgique intense, une injection vive de la conjonctive oculaire, un chémosis déjà prononcé à la fin de l'accès, qui dura près de vingt heures, et même quelques vaisseaux à la surface dépolie de la cornée. Je connaissais désormais les rapports intimes de mon ophthalmie avec l'affection fébrile; aussi, je me traitai activement et le plus promptement possible.

Immédiatement après l'accès : éméto-cathartique, puis sulfate de quinine, *trois* grammes en potion, *un* gramme en lavement, réfrigérant sur la base de l'orbite, extrait de belladone en friction sur le front et les paupières à l'intérieur. Je n'avais personne près de moi qui pût porter le nitrate d'argent sur mes yeux. Pendant l'apyrexie, l'ophthalmie ralentit sa marche sans rétrograder. Mais, dès le deuxième accès, les cornées étaient vascularisées, et mon excellent ami Rémond, pharmacien à Puy-sur-Thil, les trouva boursouflées à leur circonférence, et couvertes, dans ce point et surtout en dehors, de petits abcès très-superficiels. Encore un accès pareil, et mes cornées étaient pour jamais opaques. A ma prière, il porta sur les points boursouflés de la cornée le crayon de nitrate d'argent, qu'il promena ensuite avec beaucoup d'habileté sur les deux paupières des deux côtés. Cette double opération eut pour effet de ralentir la marche destructive de l'ophthalmie et de gagner du temps.

Il serait trop long de suivre toutes les alternatives de mieux et de pire qui eurent lieu dans mon état pendant près d'un mois que je passai à l'hôpital de Semur, et pendant lequel je fus soumis

aux soins éclairés de MM. les docteurs Millot et Judrin. J'insistai toujours sur le sulfate de quinine sous toutes les formes, sur la belladone, le calomel à doses purgatives, et sur les collyres au nitrate d'argent et de sulfate de cuivre, sur la cautérisation des paupières au moyen du crayon de sulfate de cuivre, et parfois aussi de nitrate d'argent. La fièvre changea plusieurs fois de types, elle fut successivement ou alternativement quotidienne, subintrante, tierce, quarte et double-tierce; elle diminua d'intensité, elle manqua même plusieurs jours, pendant lesquels l'inflammation oculaire diminua pour s'aggraver de nouveau au retour des accès. L'influence de ces accès était telle que des vaisseaux se formaient sur la cornée pendant leur durée, et que j'en annonçais leur existence, le nombre et la situation, d'après les douleurs térébrantes accompagnant cette formation vasculaire. Pendant presque tout ce temps, l'ophthalmie était restée stationnaire, le mal avait même un peu diminué, mais les accès fébriles étant revenus sous le type tierce, malgré l'administration journalière de *cinq grammes* de sulfate de quinine, ce fut alors, 20 novembre, que, presque sans espoir, je pris la route de Paris pour me confier entièrement à mon excellent maître, M. le professeur A. Bérard. Le traitement fut à peu près le même, mais dirigé d'une main plus énergique et plus assurée. Tous les quatre ou cinq jours, il promenait lentement le crayon de nitrate d'argent tout autour du globe oculaire, en suivant le fond du cul-de-sac oculo-palpébral. Les paupières, sur lesquelles portaient surtout la cautérisation, retombant sur le globe, cautérisaient légèrement la cornée. Deux fois par jour, instillation du collyre au nitrate d'argent (*un* gramme pour *trente* grammes d'eau distillée). Extrait de belladone en friction toutes les dix minutes sur le front; révulsif sur le tube digestif, etc.

Pendant ce traitement, les accès disparurent à plusieurs reprises et pendant plusieurs jours. Pendant ces rémissions, l'inflammation oculaire s'améliorait notablement, mais le moindre accès la ranimait. J'en étais là lorsque mon estomac, fatigué des hautes doses de sulfate de quinine qu'il recevait (5 à 6 grammes; je ne pouvais dépasser cette dose, qui me mettait dans un état de saturation complète), se révolta et rejeta les plus faibles doses de quinine.

Alors seulement, je me rappelai les succès obtenus par M. le docteur Boudin de l'emploi de l'acide arsénieux, et avec l'assentiment de M. A. Bérard, je pris, selon l'ancienne formule de M. Bou-

din, $^1/_{25}$ de grain, mélangé au sucre de lait. Ma fièvre avait le type tierce ; elle cessa immédiatement ; trois accès manquèrent ; mais, comme je n'avais pris l'arsenic que pendant trois jours ($^1/_{25}$ de grain par jour), elle revint. Elle reparut avec son type, mais, chose fort curieuse, avec des caractères tout nouveaux qui me frappèrent singulièrement. Aux phénomènes ordinaires de l'accès, *moins la céphalalgie*, se joignirent des douleurs contusives des membres, et surtout des douleurs articulaires très-vives, sans gonflement dans les jointures. Je crus à l'invasion d'un rhumatisme articulaire aigu. Cependant, je repris l'arsenic à plus haute dose : 6, 8, 10 vingt-cinquièmes de grain et plus par jour. *N'éprouvant absolument aucune sensation désagréable, aucun effet morbide* de ce médicament, j'augmentai chaque jour la dose. Je continuai ainsi pendant dix jours seulement, n'ayant plus de paquets préparés. Du reste, cette rechute ne compta que deux accès, et ce furent les derniers.

A partir de cette époque, ma guérison marcha d'un pas rapide ; le collyre fut continué tous les deux jours, le crayon de sulfate de cuivre appliqué sur les paupières fortement renversées. Un régime fortifiant me fut prescrit, et, plus tard, l'iodure de potassium me fut administré dans le but de résoudre les granulations palpébrales et les suffusions pseudomembraneuses qui altéraient la transparence des cornées.

Quelle qu'ait été l'influence de ces moyens, tous parfaitement indiqués, la résolution fut si prompte, que moins de quinze jours après la cessation définitive de la fièvre, j'écrivis une longue lettre à mes parents, et si complète que j'ai pu, sans danger, continuer des études anatomiques qui exigent de bons yeux et une attention soutenue.

Réflexions. — L'histoire, déjà longue et cependant fort abrégée de cette ophthalmie, me paraît remarquable au point de vue de son étiologie et de son traitement.

1° La combinaison de deux éléments a été nécessaire pour la produire : d'une part, la conjonctive chronique et les granulations palpébrales, résultat de l'ophthalmie varioleuse agissant comme cause prédisposante, mais incapable par elle-même de déterminer une ophthalmie si aiguë et si intense ; d'autre part, la fièvre intermittente déterminant une conges-

tion presque subite et bientôt inflammatoire sur un organe prédisposé. La nécessité de l'intervention de ce dernier élément m'est prouvée par ce double fait, savoir, que j'ai maintes fois, avant et depuis cette ophthalmie, à l'occasion de certains concours, par exemple, passé plusieurs nuits de suite à lire à la lumière vacillante d'une bougie ou d'une chandelle, sans en éprouver d'autre accident qu'une fatigue légère disparaissant après quelques heures de sommeil; que, par contre, ce n'est jamais après avoir fatigué mes yeux que cette ophthalmie s'est montrée.

L'élément fébrile a toujours eu une telle prépondérance sur l'élément inflammatoire, que les antiphlogistiques et les révulsifs le plus énergiquement administrés n'ont été d'aucune utilité; que les moyens locaux les plus énergiques aussi ne produisaient d'amélioration *persistante* qu'autant que la fièvre diminuait d'intensité ou cédait pour quelques jours.

Des considérations précédentes, je crois pouvoir conclure qu'il s'agit bien ici d'une fièvre intermittente pernicieuse ophthalmique.

2° Quant aux indications du traitement, elles se tiraient naturellement de la double nature de l'affection : 1° modérer la fluxion oculaire, empêcher la destruction de la cornée : le nitrate d'argent, employé avec énergie, a été le moyen par excellence; 2° arrêter à tout prix les accès fébriles, dont la funeste influence était si évidente sur la vascularisation de la cornée.

Le sulfate de quinine réussit dans la première ophthalmie. Dans la deuxième, il fut moins efficace et n'empêcha pas deux rechutes. Dans la seconde de ces rechutes, son inefficacité ne fut que trop bien constatée. Pendant près de deux mois, en effet, le quinquina fut administré sous plusieurs formes : quinine, sulfate, bisulfate de quinine, poudre, vin, teinture de quinquina en potion, en pilules, en lavements, par la méthode endermique; la dose portée rapidement à 4, 5 et

6 grammes par jour, jusqu'à produire les phénomènes de la saturation, les tintements d'oreille et la surdité presque complète, l'inappétence et les vomissements.

Par contre, l'acide arsénieux, administré, il est vrai, lorsque les accès avaient déjà diminué d'intensité, et à bien faible dose selon la première formule de M. Boudin, a donné immédiatement les résultats les plus concluants. *Quatre paquets* enrayèrent l'accès du lendemain; continués pendant trois jours seulement, les deux accès suivants manquent encore. Le quatrième et le cinquième reviennent, et comme pour attester la puissance du modificateur, ils diffèrent par leurs manifestations symptomatiques des accès précédents. Enfin, le médicament étant repris, la fièvre cesse entièrement, l'appétit renaît, et la résolution de l'ophthalmie suit une marche rapide.

L'efficacité de l'acide arsénieux, comme fébrifuge, a été démontrée par M. Boudin; c'est là une vérité acquise à la pratique. Sa supériorité, dans certains cas, sur le sulfate de quinine n'est pas moins bien constatée. Si les faits nombreux de M. Boudin laissaient le moindre doute sur ce point, ce doute devrait disparaître devant celui que je viens de rapporter.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie pathologique. — Pathologie et thérapeutique médico-chirurgicales.

Abcès du poumon (*Ouverture à l'extérieur d'un — à la suite d'une pneumonie*); observ. par le Dr William Weir. — Un laboureur âgé de 20 ans est entré à l'infirmerie royale de Glasgow, le 7 juillet 1841; huit jours auparavant, il avait ressenti, après s'être exposé au froid, des frissons, de la fièvre, de la toux, et une

douleur vive dans le côté gauche de la poitrine. A l'époque de son entrée, il se plaignait d'une douleur vive dans les parties latérale et inférieure du côté gauche de la poitrine, augmentant par les inspirations profondes et par la toux. Dyspnée considérable; toux fatigante; abondante expectoration, jaunâtre et muqueuso-purulente; anxiété extrême; pouls à 128, assez faible; transpirations abondantes; soif vive. Le côté gauche de la poitrine était saillant, et avait un demi-pouce de plus que le côté opposé; les espaces intercostaux étaient élargis et douloureux à la pression; les mouvements des côtes très-limités. Du côté droit, la percussion rendait un son clair, et le murmure respiratoire était net et distinct. Le côté gauche, au contraire, était mat dans toute son étendue, et le murmure respiratoire ne s'entendait qu'à la partie supérieure, encore très-faiblement. (Vésicatoire sur le côté affecté, calomel et opium.) Trois jours après, le malade commença à accuser un peu de douleur dans le côté; et le 14, on reconnut une tumeur du volume du poing à la partie inférieure du côté gauche de la poitrine, vers la septième côte, à 4 ou 5 pouces du sternum; et une plus petite un peu plus haut, et un peu à gauche de la région du cœur, toutes deux fluctuantes; ces tumeurs ne paraissaient pas communiquer l'une avec l'autre; on n'entendait aucune espèce de bruit sur les tumeurs elles-mêmes, non plus qu'au-dessus et au-dessous, et sur les côtés. Le lendemain, on pratiqua une ponction sur la tumeur la plus volumineuse, il en sortit environ 4 onces d'un liquide épais, jaunâtre, purulent, mêlé de quelques bulles d'air; cette tumeur s'affaissa entièrement, sans qu'il en résultât aucun changement dans la tumeur supérieure. La petite plaie s'était cicatrisée le lendemain; de sorte qu'il fallut faire une nouvelle ponction, qui donna issue à 6 onces d'un liquide pareil au précédent. Nouvelle ponction le 18 et le 20; ce jour-là, on retira 16 onces de pus épais; la respiration devenait de plus en plus courte; la toux était fatigante, et accompagnée d'une abondante expectoration fétide. Ce malade succomba à un affaiblissement graduel et à la diarrhée le 2 août suivant. Pendant les derniers jours, il avait rendu, par l'expectoration, une assez grande quantité de liquide absolument semblable à celui qui sortait par l'ouverture des abcès. Les deux feuillets de la plèvre gauche étaient fortement épaissis et adhéraient dans toute leur étendue; le poumon était ramolli et fortement désorganisé, excepté dans une petite étendue de son lobe inférieur; à la partie postérieure et moyenne, il présentait un large abcès, et plus en avant, un autre plus petit: le poumon était

tellement ramolli qu'on ne pût s'assurer si ces deux abcès communiquaient; tous deux contenaient de la matière purulente, fétide et mal liée, et s'ouvraient, au niveau des ouvertures extérieures, par des conduits fistuleux. Les côtes qui étaient en rapport avec les ouvertures étaient cariées, et les téguments décollés dans l'étendue de plusieurs pouces; il n'y avait pas un seul tubercule dans les poumons. (*Lond. and Edinb. monthly journal*, juin 1845.)

OBSTRUCTION DE L'ARTÈRE PULMONAIRE (*Mort subite dans un cas d'*); par le Dr James Paget. — Nous avons inséré, il y a quelque temps (4e série, t. VIII, p. 91), un compte rendu du travail remarquable de M. Paget, sur l'obstruction de l'artère pulmonaire. Depuis la publication de son mémoire, M. Paget a eu l'occasion d'observer un nouvel exemple de cette affection, mais sous une forme qu'il n'a pas encore décrite; c'est-à-dire marchant d'une manière inaperçue, sans aucun signe alarmant, puis détruisant la vie avec une rapidité extrême. Voici cette observation:

Un homme de 55 ans, ancien marchand de vin et grand buveur, était, depuis le 18 avril 1844, à l'hôpital Saint-Barthélemy, où il recevait des soins pour un rétrécissement de l'urèthre et une paralysie de la vessie. C'était un homme fortement coloré, qui avait déjà eu, à plusieurs reprises, de l'œdème des extrémités; mais il était si bien portant d'ailleurs qu'il ne s'en plaignait point. Il avait de la toux, et de temps à autre un peu de difficulté dans la respiration, ainsi que quelques palpitations. Le 4 mai, au matin, il était fort bien portant, et dans l'après-midi, après avoir dormi quelque peu, il proposa à un de ses voisins de prendre du thé avec lui. Il alla d'abord à la garde-robe, et en revenant il s'assit sur son lit. Une minute après, il tomba la face contre terre; deux minutes après il était mort.

Autopsie. — Il n'y avait rien de particulier dans le cerveau; le larynx, la trachée, les bronches, étaient parfaitement sains; la membrane muqueuse, d'une couleur pâle; quelques grosses bronches renfermaient du mucus écumeux légèrement teint de sang; la cavité gauche de la plèvre était complétement effacée par les adhérences; les poumons étaient sains, à l'exception d'un peu d'œdème des lobes supérieurs, et d'un emphysème peu prononcé des lobes moyens et inférieurs. Les cavités de l'oreillette droite et du ventricule droit étaient larges; leurs parois fermes et résistantes, mais sans hypertrophie notable; elles contenaient une certaine

quantité de sang fluide, et une masse de caillots fermes, décolorés et demi-transparents, qui se prolongeaient dans la veine cave supérieure et dans quelques-unes de ses branches. Les valvules tricuspide et pulmonaires, l'artère pulmonaire elle-même dans toute son étendue, étaient parfaitement saines; mais presque toutes les branches de cette dernière artère, au delà de la bifurcation, renfermaient des caillots de sang, qui pouvaient avoir de trois à dix jours de date, et dont les plus récemment formés se trouvaient dans les grosses artères. Ces caillots étaient fermes, solides, de diverses couleurs, noirs, blanchâtres, roses, jaunes d'ocre, irrégulièrement disposés; quelques-uns étaient plus secs que les caillots récents et comme grumeleux; d'autres paraissaient revêtus et coupés çà et là par des couches minces de fibrine blanchâtre; la plupart remplissaient l'artère dans laquelle ils étaient placés, et quelques-uns jusqu'à la distendre. Un certain nombre de caillots, les plus secs et les plus décolorés, avaient contracté des adhérences avec les parois du vaisseau, qui paraissaient comme rugueuses et teintes de sang à ce niveau. Généralement, les caillots ne s'étendaient pas sans interruption d'une branche volumineuse de l'artère pulmonaire dans toutes les divisions voisines; chaque caillot avait, en général, d'un ½ pouce à 1 pouce de longueur; il n'était même pas en contact avec les caillots analogues qui remplissaient les branches voisines. Ces caillots ne se prolongeaient pas dans les ramifications pulmonaires, qui avaient moins d'une ½ ligne de diamètre. L'oreillette et le ventricule gauche, dilatés et hypertrophiés, contenaient une petite quantité de sang noir fluide; la valvule mitrale était opaque; les valvules aortiques également opaques, mais suffisantes; l'aorte un peu dilatée, présentant çà et là quelques plaques calcaires. Tout le reste du système circulatoire, et les autres organes, n'offraient rien de particulier, si l'on en excepte de petits épanchements de sang derrière le pharynx, près de l'articulation sterno-claviculaire droite, et sur le trajet de l'artère fémorale droite du même côté. (*London med.-chir. transactions*, t. XXVIII; 1845.)

Oblitération de la veine cave inférieure (*Obs. d' — depuis l'origine des veines iliaques primitives jusqu'au niveau des veines rénales et hépatiques*); par le Dr Th. Bevill Peacock. — Une femme de 47 ans, qui menait une existence très-irrégulière, entra à l'infirmerie royale d'Édimbourg le 16 août 1842. Elle avait eu six enfants, et ses couches avaient été toujours heureuses. Depuis le

mois d'octobre de l'année précédente, la santé avait commencé à décliner; ses règles étaient revenues plus souvent; elle avait des flueurs blanches abondantes. A la suite d'un coup violent qu'elle reçut sur l'abdomen, pendant le cours du printemps, elle eut une abondante hémorrhagie intestinale; puis ses règles ne reparurent plus; l'abdomen se tuméfia, et depuis un mois ses jambes étaient œdémateuses. Deux jours avant sa mort, elle eut une hématémèse abondante, qui la plongea dans un affaiblissement extrême. Cette hématémèse se reproduisit presque aussitôt après son entrée à l'hôpital; elle eut quelques évacuations sanglantes, et succomba huit heures après.

Autopsie. — Anasarque générale; épanchement de 10 pintes de sérosité dans la cavité abdominale; traces de pleurésie ancienne, et œdème pulmonaire; l'estomac renfermait une grande quantité d'un liquide sanglant, presque sans caillots; la membrane muqueuse était d'une couleur pâle jaunâtre, excepté en un ou deux points, où il y avait un peu de rougeur; l'intestin grêle et le gros intestin étaient parfaitement sains; les deux reins, surtout le rein droit, présentaient l'aspect lobulé et granuleux qui caractérise ce qu'on nomme la *maladie de Bright;* la matrice, qui était un peu plus volumineuse qu'à l'ordinaire, était unie par des adhérences très-solides au rectum, à l'S iliaque du colon, et aux parois du bassin. En détachant cet organe, on reconnut que les veines qui étaient contenues dans son intérieur, ainsi que celles des ligaments larges et des ovaires, étaient distendues par des caillots fibrineux solides; et en suivant ces branches veineuses, on arriva jusque dans les veines iliaques primitives, dans lesquelles se trouvaient de semblables caillots. Ces caillots remontaient encore dans la veine cave, jusqu'à un demi-pouce environ au-dessous de son passage à travers le diaphragme; de sorte que ce vaisseau se trouvait réduit à un cordon ligamenteux imperméable. Les caillots fibrineux, qui remplissaient la veine iliaque primitive du côté droit, étaient brusquement interrompus au niveau de la division de cette veine; tandis que, du côté gauche, ils s'étendaient dans les veines hypogastrique et iliaque externe, dont ils oblitéraient complétement la cavité. La veine iliaque primitive du côté gauche adhérait très-solidement à l'artère correspondante. Dans les veines utérines et ovariques, les caillots étaient fusiformes, et étroitement adhérents aux parois veineuses, presque toujours par une de leurs extrémités; ils étaient très-solides, assez volumineux pour distendre ce vaisseau, ayant environ une longueur d'un demi-pouce, et

composés de couches de lymphe plastique de couleur pâle, alternant avec d'autres couches d'un rose plus ou moins foncé. Dans les veines iliaques et dans la veine cave, ces caillots formaient une masse continue, notablement lamelleuse, mais ne présentant cependant pas l'aspect des couches fibrineuses des anévrysmes. Dans les veines iliaques et dans la partie inférieure de la veine cave, leur couleur était rouge pâle; mais, à mesure qu'on remontait sur le trajet de la circulation, le caillot se décolorait de plus en plus. Il adhérait intimement aux parois veineuses, et remplissait entièrement leur cavité. Les veines ovariques étaient volumineuses; leurs parois plus épaisses et plus solides qu'à l'ordinaire; l'ouverture de ces veines dans la veine rénale du côté gauche et dans la veine cave était oblitérée par des masses fibrineuses solides; et la veine ovarique du côté droit était remplie, dans tout son trajet, par de petits caillots fusiformes, adhérents à ses parois, et semblables à ceux des veines utérines. Les veines iliaques, surtout la veine cave, avaient beaucoup perdu de leur calibre. Leurs parois étaient indurées et épaissies; c'est ce qu'on observait principalement vers l'extrémité supérieure de la veine cave : là, à 1 pouce et demi environ au-dessous du point où ce vaisseau s'engage à travers le diaphragme, il était entièrement oblitéré, et réduit au diamètre d'un simple cordon de la grosseur du petit doigt, d'une belle couleur blanche, formé évidemment par du tissu fibreux. La communication de la veine rénale du côté gauche avec la veine cave était parfaitement libre. Quant à la veine rénale du côté droit, elle était, au contraire, oblitérée par un caillot volumineux et adhérent, qui se projetait dans son orifice. Il était intéressant d'examiner de quelle manière le sang veineux des extrémités inférieures pouvait encore retourner au cœur. Voici quel fut le résultat de cet examen : la veine azygos avait des diamètres très-considérables, supérieurs même à ceux de la petite azygos, qui avait elle-même plus d'un pouce de circonférence. Toutes les veines qui se rendaient dans la veine azygos du côté droit et dans la petite azygos, ainsi que leurs branches, étaient considérablement dilatées; en particulier, quelques-unes des veines qui viennent du canal vertébral et des espaces intercostaux. La veine porte et ses branches ne présentaient aucune altération. Quant aux veines hépatiques, elles se rendaient dans la veine cave, un peu au-dessus du point oblitéré; les veines diaphragmatiques, les veines abdominales et celles qui accompagnent l'artère épigastrique n'offraient aucune apparence de dilatation, non plus

que les veines des extrémités supérieures et de la tête. (*London medico-chirurg. trans.*, t. XXVIII, 1845.)

Cette observation démontre la facilité avec laquelle la circulation veineuse se rétablit alors qu'un des principaux troncs est complétement oblitéré. Nous rappellerons qu'il existe déjà dans la science un certain nombre de faits du même genre, parmi lesquels nous citerons un fait presque analogue rapporté par Baillie (*Trans. for med. knowl.*, t. I), et les faits de Wilson (id., t. III), Haller (*Pathol. obs.*, et *Philosoph. trans.*, t. XLVII et XLIV), Reynaud (*Journ. hebd.*, t. II et t. V), Laennec (*Arch.*, t. VI), Knape (*Hufeland's journal*, t. XXXI), Gross (*Path. anatomy*, t. I), Bright (*Med. reports*, t. II), Carswell (*Analogous tissues*, pl. II, f. 5), Rayer (*Malad. des reins*, pl. L, f. 4).

Foie (*Conformation anormale et altération organique du*); obs. par le Dr Neret, médecin de l'hôpital Saint-Charles de Nancy. — La femme Marianne B..., âgée de 49 ans, journalière, est entrée à l'hôpital Saint-Charles de cette ville, le 21 février 1838, et y est morte le 7 avril suivant. Cette femme était malade depuis cinq ans, et déjà elle avait été traitée à l'hôpital Saint-Charles à différentes époques. Quand elle y arriva en dernier lieu, elle avait une teinte ictérique très-prononcée sur toute la surface du corps et sur les conjonctives; elle était fort accablée, et se plaignait d'une douleur assez vive dans tout l'abdomen, et particulièrement dans les régions épigastrique et hypochondriaque gauche; le ventre était météorisé, et il y avait un commencement d'ascite marqué surtout dans sa partie inférieure; le pouls ne donnait que 50 pulsations par minute, et c'était son rhythme ordinaire. La malade avait encore un peu d'appétit; elle ne vomissait point et n'était pas altérée. Mais, ce qui surtout fixait l'attention, c'était une tumeur partant de la région épigastrique, se portant dans l'hypochondre gauche, et descendant à quatre travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde : cette tumeur semblait formée par le développement du lobe gauche du foie, dont on ne sentait nullement le lobe droit dans l'hypochondre correspondant qui paraissait vide; et quoique tous les symptômes fonctionnels et anatomiques indiquassent chez cette femme une maladie de l'organe sécréteur de la bile, on n'en conserva pas moins de l'incertitude sur le siége et la véritable nature de la tumeur anormale.

Trois ou quatre jours après son entrée, la malade eut quelques vomissements qui, plus tard, ne se renouvelèrent pas; l'ascite fit

des progrès, et l'on fut obligé d'en venir à la paracentèse. La malade en fut d'abord soulagée; mais, peu de temps après, elle s'affaiblit tellement que l'on crut plusieurs fois qu'elle allait expirer : elle reprit cependant un peu de force, et put même avaler quelques aliments, quoique peu de jours auparavant elle eût pu prendre à peine quelques cuillerées de liquide; le pouls, qui était resté lent, acquit un peu de fréquence. Mais la femme B... s'affaiblit de nouveau et mourut le jour indiqué ci-dessus, après avoir trompé plusieurs fois sur le moment de son dernier soupir.

Autopsie. — Le cadavre, de taille ordinaire, présente une teinte ictérique générale; les membres inférieurs sont infiltrés et l'abdomen contient de la sérosité. La poitrine ne présente rien de remarquable, si ce n'est une adhérence du poumon droit avec la plèvre costale. Quant à l'abdomen, le foie, qui, à la première inspection, paraît peu volumineux et avoir sa forme normale, commence seulement à droite de l'appendice xyphoïde, descend à quatre travers de doigt au-dessous, et se prolonge dans l'hypochondre gauche; ses deux tiers droits sont séparés du gauche supérieurement par une trace du ligament suspenseur, qui cependant n'existe pas dans cet endroit. A la droite du foie et dans le fond de l'hypochondre droit, on remarque trois petits foies surnuméraires, dont les différents diamètres n'ont pas plus de 3 à 5 centimètres et demi, et qui se trouvent placés à côté les uns des autres sur la ligne du bord postérieur du grand foie. Le ligament suspenseur correspond au bord droit de ce dernier, et se rend à sa réunion avec les lobes surnuméraires. La vésicule biliaire se remarque dans l'hypochondre droit, qui est en grande partie vide, et elle repose sur les organes subjacents; son fond est tourné à droite et en avant, et son col, situé en arrière, donne naissance comme de coutume au canal cystique, qui vient s'aboucher avec le canal hépatique; celui-ci naît, d'une part, par une racine venant à droite des petits lobes surnuméraires, et d'autre part, par une seconde racine sortant à gauche du grand lobe lui-même; enfin, le canal cholédoque, résultant de la réunion des deux précédents, traverse une partie du pancréas avant de se rendre dans le duodénum. La vésicule biliaire, qui contient une petite quantité de bile très-noire, est enveloppée dans une tunique dense de tissu cellulaire, et les petits lobes hépatiques sont réunis entre eux par un tissu cellulaire squirrheux, dans lequel on trouve aussi de la graisse dégénérée. Lorsqu'on coupe le foie, il en sort une bile abondante et très-verte; tout cet organe en est pénétré, et même on remarque à sa face

inférieure une petite tumeur molle formée par un épanchement de bile, qui a décollé une portion du péritoine viscéral de cette région. Le parenchyme du grand foie, comme celui des petits lobes eux-mêmes, est dense, résistant, et d'une couleur très-foncée; le rein droit est remonté jusqu'au diaphragme, et occupe la place du foie, qui manque dans cet endroit; la tunique interne de l'estomac est ramollie et parsemée de points noirs de matière liquide, semblable à celle de la vésicule; la tunique externe des intestins est injectée et semble indiquer l'existence d'une péritonite.

Rétrécissement du colon (*Obs. de*); par M. Ruhbaum de Rathenow. — Une femme de 46 ans, d'une constitution très-délicate, souffrait, dans le cours de l'année 1821, d'une maladie de poitrine que l'on prenait pour une phthisie aiguë, et contre laquelle on administra pendant un certain temps de l'acétate de plomb. La malade en prit en tout environ 3 grammes. Elle guérit de sa maladie, mais resta sujette à d'opiniâtres constipations accompagnées de temps en temps de coliques. Du reste, l'appétit était bon, et la malade prenait de l'embonpoint et des forces; seulement la face conservait une pâleur maladive. En avril 1822, elle fut obligée de garder le lit, et voici ce que constate M. Ruhbaum : La malade se plaignait d'une douleur constrictive dans le bas-ventre. Cette douleur, à peu près continue, offrait des exaspérations irrégulières, et était accompagnée d'une sensation de froid très-désagréable dans le bas-ventre. Cette sensation de froid commençait dans la cuisse droite, montait dans le ventre vers l'ombilic, et s'y arrêtait; elle persistait pendant deux heures environ, puis disparaissait, laissant à sa suite une douleur sourde et profonde vers la région ombilicale. Les intervalles entre les exaspérations des douleurs étaient d'autant plus grands, qu'on avait, à l'aide de lavements, expulsé plus de matières fécales. Le ventre était souple, sans aucune tension, tout à fait indolent; l'appétit modéré, la soif vive; la langue était chargée d'un enduit grisâtre, épais; il y avait des nausées et des vomituritions. Il existait une constipation opiniâtre. Les symptômes généraux étaient très-modérés; le pouls était petit, mou et médiocrement fréquent, et les autres fonctions s'accomplissaient convenablement. Des émissions sanguines locales abondantes, des purgations avec le calomel, l'huile de ricin, le sulfate de soude, des bains savonneux et sulfureux, améliorèrent assez l'état de la malade, pour qu'au bout de quatre à cinq semaines, elle put vaquer aux soins de son ménage. Il resta néan-

moins une sorte de pression douloureuse à la région ombilicale, accompagnée de cette sensation de froid qui commençait à la cuisse droite. L'appétit était très-modéré; la constipation habituelle. Cet état persista pendant 18 ans. Dans cet espace de temps, elle conçut et mit au monde un enfant bien portant. En été, elle se portait toujours mieux qu'en automne et en hiver; à cette époque, les douleurs étaient plus intenses et accompagnées de symptômes de catarrhe bronchique qui forçaient la malade à s'aliter et l'affaiblissaient. Enfin, à la suite d'un refroidissement, elle fut prise de coliques très-vives, avec vomissements de bile d'abord, plus tard de matières intestinales. Le ventre devint tendu, météorisé, la constipation invincible, et la malade mourut au bout de cinq jours. À l'autopsie, qui fut pratiquée 36 heures après la mort, voici ce qu'on trouva : Le canal intestinal, à l'exception du colon, occupait sa place habituelle; sauf une dilatation gazeuse considérable, il n'offrait pas de trace de lésion. Le colon, au contraire, à 3 pouces de sa courbure droite, était tellement épaissi par suite de dépôts de lymphe plastique dans ses parois, que son calibre, se rétrécissant en forme d'entonnoir, conservait à peine, près de la courbure gauche, la capacité d'une forte plume d'oie. Ce rétrécissement était étendu à tout le colon descendant jusqu'à la courbure sygmoïde, où les parois intestinales paraissaient plus molles, devenaient plus minces, et finissaient par reprendre dans le rectum leur structure normale. La muqueuse, dans la portion rétrécie, était lisse, brillante, d'aspect presque fibreux et de couleur blanchâtre. Les appendices épiploïques renfermaient une très-grande quantité de graisse. Les ligaments du colon s'étaient transformés, surtout au mésocolon transverse, et descendaient en sortes de cordes vermiformes, denses et comme tendineuses. Le cœcum et le colon ascendant avaient une capacité double au moins de celle de l'état normal; mais leurs parois étaient parfaitement saines. Les veines du mésentère et du bassin étaient gorgées de sang. On ne trouva nulle autre trace de lésion et d'inflammation que celles que nous avons décrites. (*Casper's Wochenschrift*, 1845, n° 8.)

Cette observation est intéressante en ce qu'on a pu assister en quelque sorte à la formation de cette coarctation intestinale, en suivre les phases et la voir se terminer comme cela arrive le plus souvent. Est-il possible d'en spécifier la cause? de l'attribuer, avec M. Ruhbaum, à l'usage de l'acétate de plomb? cela nous paraît très-difficile. Jusqu'à présent, que nous sachions, et quelque intense qu'ait été l'empoisonnement saturnin, l'autopsie n'a jamais

révélé de coarctation intestinale à la suite de la colique de plomb. L'observation de M. Rubbaum serait donc une exception. Il vaut mieux croire ici à une coarctation, comme on en trouve quelquefois, due à une phlegmasie locale de l'intestin et de ses parois, et avouer que la cause première de cette phlegmasie nous échappe complétement.

Résection de la tête du fémur (*Obs. de — dans un cas de coxalgie*); par le Dr W. Fergusson. — Un jeune garçon de 14 ans, d'une santé habituellement bonne, présentait depuis le mois de janvier 1844 tous les symptômes d'une coxalgie. Au mois d'octobre suivant, il se forma un large abcès au niveau et derrière le grand trochanter. Cet abcès s'ouvrit spontanément, et depuis il y avait continuellement sortie de matière purulente par l'ouverture; le membre inférieur du côté gauche présentait, à l'époque où ce malade entra à l'hôpital, 20 novembre 1844, les altérations caractéristiques d'une coxalgie très-avancée, c'est-à-dire des douleurs constantes dans le genou et dans la hanche; enfin, un raccourcissement considérable. Ce malade était depuis trois mois dans l'hôpital qu'il n'y avait aucune amélioration dans son état. La tête du fémur reposait sur la face dorsale de l'os iliaque, ce dont on pouvait s'assurer facilement à travers les téguments, ou bien en portant le doigt dans un large sinus qui s'ouvrait à l'extérieur, au niveau du grand trochanter. Il était facile de se convaincre que plusieurs petits sinus venaient s'ouvrir dans le sinus principal. Cependant on ne pouvait, ni avec le doigt, ni avec le stylet, toucher à nu la tête de l'os ni les os du bassin. Ce petit malade était en proie à la fièvre hectique; l'amaigrissement était extrême, et il y avait un peu d'œdème de la face et des extrémités. L'auteur songea alors à la résection de la tête du fémur; d'autant plus que les organes intérieurs paraissaient parfaitement sains. Après avoir pris l'avis de plusieurs de ses collègues, il pratiqua cette opération de la manière suivante : une incision longitudinale, de 6 pouces de long, fut faite sur le trajet du fémur. L'incision s'étendait depuis un peu au-dessous de la tête de l'os jusqu'à quelques lignes au-dessus du grand trochanter : dans ce dernier point, les parties molles furent séparées avec grand soin, de manière à laisser passer une aiguille courbe, qui entraînait une scie à chaîne. Cette dernière partie de l'opération ne fut faite qu'avec beaucoup de difficulté, à cause de la profondeur et de l'obliquité de l'os. Quand on y eut

réussi, il fut impossible de faire agir la scie, qui ne tarda pas à se briser. Alors, avec un bistouri pointu, l'auteur sépara les parties molles du col de l'os et des trochanters; puis, faisant porter le genou fortement à droite, et se servant du fémur comme d'un levier, il fit saillir la tête et la portion de l'os ainsi isolée, à travers la plaie, de manière à pouvoir se servir de la scie ordinaire; cette section fut pratiquée sans aucune difficulté; mais trouvant que l'intérieur de l'os était quelque peu altéré, il élargit l'ouverture et détacha environ trois quarts de pouce de plus du corps de l'os. La plaie fut fermée avec quelques points de suture entrecoupée. La cavité cotyloïde était remplie de matière fibro-gélatineuse, semblable à celle qui tapissait le sinus purulent. Le malade fut porté dans son lit, et placé dans un appareil légèrement extensif. Il ne survint aucun accident sérieux : la fièvre traumatique fut légère et disparut au bout de dix jours. Cependant le malade se plaignit un peu de douleurs vives vers le genou. Une partie de la plaie extérieure se cicatrisa par première intention; le reste fournissait une quantité de pus de bonne nature; le malade reprit des forces et de l'appétit; les sueurs nocturnes se suspendirent entièrement. Le 8 mai, la plaie était presque cicatrisée, et on permit au malade de faire quelques tours dans la salle avec des béquilles. La portion d'os qu'on avait enlevée avait 4 pouces un quart, en mesurant suivant la courbe du col de l'os, et le membre était de 2 pouces et demi plus court que celui du côté opposé. La tête du fémur avait presque entièrement perdu son cartilage, et elle était profondément ulcérée. Les trochanters et le reste du col de l'os paraissaient sains, excepté la portion spongieuse, qui était remplie d'un liquide brunâtre d'une consistance huileuse et comme mêlé de pus. Au mois d'octobre 1845, l'auteur eut des nouvelles de ce jeune garçon : il continuait à marcher avec des béquilles, en appuyant la pointe du pied sur le sol; il levait facilement son membre; il n'y avait aucune douleur du côté de la hanche, et les deux sinus qui restaient encore à cicatriser fournissaient une exsudation peu abondante. (*London med.-chir. transactions*, t. XXVIII; 1845.)

On attribue généralement la première résection du fémur à White, de Manchester; d'autres pensent que Park, de Liverpool, est celui qui y a eu recours le premier. L'auteur de cette observation, après avoir fait de nombreuses recherches, croit pouvoir affirmer qu'aucun de ces deux chirurgiens n'a pratiqué sur le vivant cette opération. L'erreur vient évidemment de ce que la plu-

part des auteurs de médecine opératoire ont confondu Ch. White, qui en avait fait la proposition en 1769, avec le Dr Anthony White, qui l'a pratiquée le premier en 1818, et pour le même motif que le Dr Fergusson. Depuis cette époque, il est vrai, Brodie et Hewson l'ont également pratiquée, mais sans succès. Cette résection a encore été faite depuis par plusieurs chirurgiens, notamment par M. Seutin. Quoi qu'il en soit, malgré le succès apparent obtenu par M. Fergusson, il n'est pas probable qu'une opération aussi grave acquière de sitôt droit de domicile dans la science, alors que l'on possède des moyens aussi efficaces et certainement moins dangereux.

FISTULE URÉTHRALE (*Autoplastie pratiquée avec succès dans deux cas de*); obs. par le Dr Jobert (de Lamballe) et le Dr Legros Clark. — OBS. I. Un homme de 36 ans fut atteint, au mois d'octobre 1843, un ou deux jours après avoir fait un effort violent, d'une paraplégie incomplète, accompagnée de paralysie de la vessie et d'un œdème des extrémités inférieures, pour laquelle il fut traité à l'hôpital de Bernay (Eure). Une sonde de gomme élastique fut mise à demeure dans la vessie : on la laissa une première fois cinq jours sans la changer, puis huit ou neuf jours. Tandis qu'on soulevait le malade pour le porter dans un fauteuil, il éprouva une vive douleur dans l'urèthre, au point où s'établit plus tard la fistule, et quelques jours après, il s'aperçut que l'urine s'échappait par la face inférieure de l'urèthre à son point de jonction avec le scrotum; la sonde fut retirée, et l'urine s'écoulait goutte à goutte et d'une manière continue par la fistule. Au bout de huit ou neuf mois, son état général s'étant amélioré, il put se rendre à Paris, partie à pied, partie en voiture. Entré à l'hôpital Saint-Louis le 31 mai 1845, on reconnut que le canal était parfaitement libre. Quelques jours après, il sortit par le méat urinaire un gravier gros comme un pois. Les cautérisations avec le nitrate d'argent et le cautère actuel n'ayant eu aucun bon résultat, M. Jobert pratiqua l'uréthroplastie le 6 septembre. Après avoir ébarbé avec soin les bords calleux et indurés de la fistule, il tailla sur la face antérieure du scrotum un large lambeau quadrangulaire à bord inférieur, qu'il transporta par glissement au devant du trajet fistuleux avivé, et qu'il fixa par six points de suture entrecoupée. Le lambeau se réunit par première intention dans les trois quarts de son étendue à droite et en haut; à gauche du lambeau, il s'établit un point de suppuration : il fallut y appliquer un nouveau point de suture. La réunion n'eut pas encore lieu, et après plusieurs cautérisations

avec le nitrate d'argent, on revint à la suture, cette fois avec un succès presque complet; car il ne resta qu'un suintement qui disparut après quelques cautérisations avec le nitrate d'argent. Dans le courant du mois de novembre, la fistule était entièrement oblitérée; la cicatrice est solide, linéaire dans les trois quarts de son étendue, moins régulière à gauche, là où a eu lieu la réunion par seconde intention. Pendant le cours du traitement consécutif à l'opération, on a laissé une sonde à demeure dans l'urèthre; une seule fois on a été obligé de la retirer à cause de la fièvre que sa présence avait déterminée. (Académie royale de médecine, séance du 17 mars.)

Obs. II. — Un homme de 42 ans, qui avait eu trois blennorrhagies, pour lesquelles il avait été traité par les injections caustiques, entra à l'hôpital Saint-Thomas le 18 juin 1844. Il était affecté d'un retrécissement de l'urèthre si prononcé, qu'il mettait 20 minutes à évacuer son urine. Il fut impossible d'introduire aucune bougie au delà du retrécissement, qui occupait la portion membraneuse de l'urèthre; et le 15 juillet, le Dr Clark lui pratiqua l'opération de la boutonnière, au niveau du rétrécissement, puis le cathéter fut introduit dans la vessie. Quelques jours après, il survint une violente inflammation du cordon et du testicule; cette inflammation se communiqua au tissu cellulaire du scrotum et se termina par la gangrène d'une portion de la peau comprise entre le scrotum et le pénis. Cette gangrène ouvrit l'urèthre dans une grande étendue. Le rétablissement fut très-lent. L'auteur essaya d'abord d'obtenir la cicatrisation de la plaie qu'il avait faite au périnée, et n'y put réussir avec la cautérisation. Il se décida alors à attaquer la fistule antérieure. Cette fistule occupait, ainsi que nous l'avons dit, la portion de l'urèthre placée en avant du scrotum, et ne s'étendait que très-peu en arrière de cette direction; elle avait environ un pouce et quart de long, et les bords étaient tellement écartés qu'on apercevait à nu la paroi supérieure de l'urèthre, avec son aspect rouge et villeux. L'urine coulait librement par cette grande ouverture, sur les côtés du cathéter. L'opération fut exécutée de la manière suivante: un large cathéter étant introduit dans la vessie, et le pénis relevé contre le pubis, l'auteur détacha d'abord une portion de peau renversée en dedans, qui bornait la fistule en arrière; ensuite il fit quatre incisions, qui commençaient deux à l'extrémité supérieure, deux à l'extrémité inférieure, et qui se portaient obliquement en dehors, les premières de bas en haut, les secondes de haut en bas;

de manière à circonscrire de chaque côté un lambeau cutané presque rectangulaire. Ce lambeau fut disséqué en partant de l'urèthre; puis on attendit dix minutes que l'hémorrhagie fût arrêtée. Ces lambeaux furent ramenés sur l'urèthre, et appliqués surface à surface, et non bord à bord, comme on le fait ordinairement. Pour cela, on prit quatre petits quadrilatères de cuir très-ferme, larges d'un demi-pouce, et percés de trous, que l'on appliqua deux à deux, vis-à-vis les uns des autres, et que l'on réunit au moyen d'un fil de platine, qui traversait le cuir et les replis cutanés, en même temps qu'il entourait le tout. De cette manière, les lambeaux formaient un bord qui faisait saillie au-dessus du niveau des morceaux de cuir. Cette opération fut terminée par une incision semilunaire, pratiquée de chaque côté du pénis, parallèlement au lambeau, et l'on fit trois ou quatre points de suture aux extrémités de la plaie. Il ne survint aucun accident sérieux; seulement il fallut un peu relâcher les morceaux de cuir, parce que les lambeaux avaient de la tendance à se gangrener. L'adhérence fut complète, excepté dans deux points, au centre et à la partie inférieure; mais il suffit de les toucher avec un caustique pour complèter la guérison. Quant à la plaie du périnée, il fut assez difficile de la fermer définitivement; elle se rétrécit beaucoup aussitôt l'enlèvement de la sonde. Six ou huit mois après, l'auteur a eu occasion de rencontrer ce malade. Il urinait facilement et retenait son urine comme en santé. L'ouverture périnéale donnait encore passage à une goutte d'urine de temps en temps. Quant à la cicatrice, elle n'avait produit aucun inconvénient, pas même la rétraction du pénis. (*London med.-chir. trans.*, t. XXVIII; 1845.)

BULLETIN.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

I. *Académie de médecine.*

Peste et quarantaine. — Fièvres intermittentes.

Les séances de l'Académie ont été presque entièrement remplies, le mois dernier, par la lecture du rapport sur la peste et les quarantaines. On sait quelles sont les circonstances qui ont provoqué

la formation de cette commission. Depuis 1841, il s'est produit un grand fait en Europe : c'est l'abolition des quarantaines par l'Angleterre et par l'Autriche. Éclairés par les renseignements précis que leur avaient communiqués des hommes compétents, ces deux gouvernements déclarèrent qu'à l'avenir la quarantaine compterait à dater du départ, et en fixèrent la durée à un temps qui ne dépassait pas celle du voyage. Ce fut une véritable révolution dans le commerce, et bientôt Londres et Trieste ne tardèrent pas à profiter de cette grande et heureuse innovation. D'un autre côté, les plaintes arrivaient sans nombre contre ces règlements caducs et ridicules qui régissent encore aujourd'hui notre système sanitaire. Forcé de prendre un parti, le gouvernement français remit la solution de la question à l'Académie des sciences, qui, selon la louable habitude des corps académiques, ne fit aucune espèce de rapport. L'Académie de médecine, harcelée sans cesse des communications qui lui étaient faites au sujet de la peste, et peut-être un peu mécontente de ce qu'on avait été demander à sa rivale la solution d'une question qui la concernait au premier chef, se décida enfin à s'en occuper, et, de son propre mouvement, elle nomma une commission de quinze membres. Cette commission, qui n'avait aucun caractère officiel à sa naissance, a reçu, depuis, le baptême administratif, et par la publication de sa formation dans le *Moniteur,* et par la reconnaissance formelle que le ministre du commerce en a faite à la tribune de la Chambre des députés. La commission a pris sa mission au sérieux. Pendant un an, elle s'est entourée des documents les plus nombreux, qu'elle a compulsés avec une patience infatigable; elle a appelé dans son sein tous les hommes qui pouvaient l'éclairer ; et son honorable rapporteur, M. Prus, a poussé le dévouement jusqu'à aller sur les lieux, à Marseille, chercher les documents qui manquaient, et connaître l'opinion d'une ville qui, par sa position au bord de la Méditerranée et son commerce avec le Levant, est plus intéressée que toute autre ville de France à une solution définitive de l'importante question des quarantaines.

La première question que la commission a eue à se poser est la suivante : Qu'est-ce que la peste? La peste, répond la commission, est une *maladie de tout l'organisme, dans laquelle les systèmes nerveux, sanguin et lymphatique sont surtout affectés, et qui se caractérise le plus ordinairement à l'extérieur, par des bubons des charbons et des pétéchies.* En lisant cette définition, on s'aperçoit que a commission n'a pas bien réfléchi aux caractères que doit posséder

une bonne définition. Il y a deux manières de définir une maladie : l'une consiste à faire connaître sa nature, son essence; l'autre, dans le cas où cette maladie n'est pas bien connue, se borne à l'énumération des circonstances symptomatiques, étiologiques, etc., qui en forment les caractères pathognomoniques et exclusifs. Mais, avant tout, une définition doit avoir de la précision. Or, qu'est-ce qu'une maladie de tout l'organisme? cela veut-il dire que les systèmes osseux, cartilagineux, musculaire, etc., sont affectés dans la peste? Est-ce le système nerveux cérébro-spinal, ou le système nerveux ganglionnaire qui est frappé?... D'un autre côté, la peste n'a-t-elle donc pour caractères que des bubons, des charbons et des pétéchies? et les individus qui succombent en quelques heures au plus fort des épidémies présentent-ils quelque chose de pareil? Non, sans doute... Mais c'est assez nous appesantir sur les vices d'une pareille définition; entrons plus avant dans l'examen du travail de la commission.

Ce travail est divisé en quatre parties.

Dans la première, le rapporteur recherche quels sont les pays où on a vu la peste se développer spontanément; il s'efforce ensuite de déterminer les causes de la peste spontanée; il montre que quand ces causes ont cessé d'exister en Égypte et ailleurs, la peste a disparu; il indique les contrées où la persistance de ces causes rend la peste endémique, ou du moins fait craindre le retour de la peste spontanée; enfin il insiste sur les moyens véritablement prophylactiques de la peste spontanée.

Dans la deuxième partie, il répond aux trois questions suivantes:

La peste s'est-elle toujours montrée avec les principaux caractères des maladies épidémiques quand elle a sévi avec violence en Afrique, en Asie et en Europe?

Quels sont les caractères différentiels de la peste épidémique et de la peste sporadique?

La peste se propage-t-elle à la manière des maladies épidémiques, c'est-à-dire par la migration de certaines influences atmosphériques, et indépendamment de l'action que peuvent exercer les pestiférés?

Dans la troisième partie, il s'occupe de la transmissibilité de la peste. Est-elle transmissible par inoculation? est-elle transmissible, dans les foyers et hors des foyers épidémiques, par le contact immédiat et médiat des pestiférés, par le contact des hardes et vêtements, par le contact des marchandises, par les miasmes qui

sont exhalés par les pestiférés, et dont l'air est le véhicule? Il termine cette partie par l'examen de cette question :

Si la peste est transmissible hors des foyers épidémiques, doit-on craindre que quelques cas importés en France puissent y devenir la cause d'une épidémie pestilentielle ?

Dans la quatrième et dernière partie, il recherche quelle a été la durée ordinaire ou exceptionnelle de l'incubation de la peste.

Viennent enfin les conclusions du rapport, et les applications de ces conclusions aux questions des quarantaines.

Nous ne voulons nullement anticiper sur les critiques dont ce rapport sera l'objet, sur la discussion à laquelle il donnera lieu, d'autant plus qu'un léger dissentiment, survenu entre quelques membres de la commission, a fait retarder de huit jours la lecture des *applications aux questions des quarantaines*. Pour le moment, nous nous bornons à faire connaître les conclusions générales :

1° On a vu la peste naître spontanément non-seulement en Egypte, en Syrie et en Turquie, mais encore dans un grand nombre d'autres contrées d'Asie, d'Afrique et d'Europe.

2° Dans tous les pays où on a observé la peste spontanée, son développement a pu être rationnellement attribué à des causes déterminées agissant sur une grande partie de la population. Ces causes sont surtout : l'habitation sur des terrains d'alluvion ou sur des terrains marécageux, près de la mer Méditerranée ou près de certains fleuves, le Nil, l'Euphrate et le Danube; des maisons basses, mal aérées, encombrées; un air chaud et humide; l'action des matières animales et végétales en putréfaction; une alimentation malsaine et insuffisante; une grande misère physique et morale.

3° Toutes ces conditions se trouvent réunies chaque année dans la basse Egypte; la peste est endémique dans cette contrée, où on la voit presque tous les ans sous la forme sporadique, et tous les dix ans environ sous la forme épidémique.

4° L'absence, dans l'ancienne Egypte, de toute épidémie pestilentielle pendant le long espace de temps qu'une administration éclairée et vigilante et une bonne police sanitaire ont lutté victorieusement contre les causes productrices de la peste, justifie l'espérance que l'emploi des mêmes moyens serait suivi des mêmes résultats.

5° L'état de la Syrie, de la Turquie, de la régence de Tripoli, de celle de Tunis et de l'empire du Maroc, étant à peu près le même qu'aux époques où des épidémies de peste s'y sont montrées spon-

tanément, rien n'autorise à penser que des épidémies semblables ne pourraient pas y éclater encore.

6° La peste spontanée paraît peu à craindre pour l'Algérie, parce que, d'une part, les Arabes et les Kabyles, vivant les uns sous la tente, les autres dans des demeures placées au sommet ou dans les flancs des rochers, ne peuvent engendrer la maladie, et d'une autre part, parce que l'assainissement de plusieurs parties marécageuses, et les améliorations vraiment remarquables déjà apportées dans la construction et la police du petit nombre de villes existantes, semblent une garantie suffisante contre le développement spontané de la peste.

7° Les progrès de la civilisation et une application générale et constante des lois de l'hygiène peuvent seuls nous fournir les moyens de prévenir le développement de la peste spontanée.

8° Lorsque la peste a sévi avec violence en Afrique, en Asie et en Europe, elle s'est toujours montrée avec les principaux caractères des maladies épidémiques.

9° La peste sporadique diffère de la peste épidémique non-seulement par le petit nombre d'individus atteints de la maladie, mais encore et surtout parce qu'elle ne présente pas les caractères appartenant aux maladies épidémiques.

10° La peste se propage à la manière de la plupart des maladies épidémiques, c'est-à-dire par l'air, et indépendamment de l'influence que peuvent exercer les pestiférés.

11° L'inoculation du sang tiré de la veine d'un pestiféré, ou du pus d'un bubon pestilentiel, n'a fourni que des résultats équivoques. L'inoculation de la sérosité prise dans la phlyctène d'un charbon pestilentiel n'a jamais donné la peste; il n'est donc pas prouvé que la peste puisse se transmettre par inoculation.

12° Un examen attentif et sévère des faits contenus dans la science établit, d'une part, que, dans les foyers épidémiques, le contact immédiat de milliers de pestiférés est resté sans danger pour ceux qui l'ont exercé à l'air libre ou dans des endroits bien ventilés, et d'une autre part, qu'aucune observation rigoureuse ne démontre la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades.

13° Des faits, en très-grand nombre, prouvent que les hardes et les vêtements ayant servi à des pestiférés n'ont pas communiqué la peste aux personnes qui en ont fait usage, sans aucune purification préalable, et dans un pays actuellement ou récemment soumis à une constitution pestilentielle. Les faits qui sembleraient

avoir donné un résultat opposé ne pourraient acquérir de valeur que s'ils étaient confirmés par des observations nouvelles faites en dehors des foyers épidémiques, loin des foyers d'infection miasmatique, loin des pays où la peste est endémique.

14° La transmissibilité de la peste par les marchandises, dans les pays où la peste est endémique ou épidémique, n'est nullement prouvée.

15° La peste est transmissible, dans les foyers épidémiques, par les miasmes qu'exhalent les pestiférés.

16° Il est incontestable que la peste est transmissible hors des foyers épidémiques, soit sur des navires en mer, soit dans les lazarets d'Europe.

17° Rien ne prouve que la peste soit transmissible, hors des foyers épidémiques, par le contact immédiat des pestiférés.

18° Il n'est pas constaté que la peste soit transmissible, hors des foyers épidémiques, par les hardes et les vêtements ayant servi à des pestiférés.

19° Il n'est nullement établi que les marchandises puissent transporter la peste hors des foyers épidémiques.

20° La classification admise dans nos lazarets, pour les objets susceptibles et non susceptibles, ne repose sur aucun fait ni sur aucune expérience dignes de confiance.

21° L'étude des moyens à l'aide desquels on cherche à détruire le principe pestilentiel contenu dans des hardes, des vêtements ou des marchandises, est et sera complétement sans effet, tant qu'on n'y aura pas démontré la présence de ce principe.

22° La peste peut se transmettre, hors des foyers épidémiques, par infection miasmatique, c'est-à-dire par l'air chargé de miasmes pestilentiels.

23° La peste est plus ou moins transmissible, suivant l'intensité de l'épidémie, suivant que celle-ci est dans la première, la seconde ou la troisième période, suivant, enfin, les dispositions organiques des individus soumis à l'action des miasmes pestilentiels.

24° Les pestiférés, en viciant l'air des localités dans lesquelles ils sont renfermés, peuvent créer des foyers d'infection pestilentielle qui transmettent la maladie.

25° Les malades atteints de la peste sporadique ne paraissent pas pouvoir déterminer des foyers d'infection assez actifs pour transmettre la maladie.

26° Les foyers d'infection pestilentielle peuvent persister après l'enlèvement des pestiférés.

27° Les foyers d'infection une fois formés, à bord d'un navire, par la présence d'un ou de plusieurs pestiférés peuvent être transportés même à de grandes distances; on les a vus trop souvent acquérir une intensité redoutable sur des bâtiments encombrés de troupes et de pèlerins.

28° Les foyers mobiles ne peuvent devenir la cause de foyers secondaires, et par suite d'une grande propagation de la maladie, que s'ils rencontrent, dans les pays où ils sont transportés, les conditions nécessaires au développement de la peste.

29° Le temps ordinaire de l'incubation de la peste est de trois à cinq jours; la durée de cette incubation ne paraît pas avoir jamais dépassé huit jours.

30° Quand une contrée est en proie à une peste épidémique, les habitants sont exposés à subir d'abord l'influence de la constitution pestilentielle, et ensuite l'influence des malades. L'isolement, qui ne préserve pas de la première, préserve de la seconde. En dehors des foyers épidémiques, dont les limites sont ordinairement faciles à déterminer, l'influence de la constitution pestilentielle est nulle; l'influence des pestiférés et des foyers qu'ils peuvent créer reste seule. L'isolement, dans ce dernier cas, est un moyen certain de se mettre à l'abri de tout danger.

—L'Académie a encore entendu la lecture d'un mémoire de M. Durand, de Lunel, ayant pour titre : *Théorie nouvelle de l'intermittence dans les fièvres de marais*. L'auteur part de deux faits aujourd'hui bien acquis à la science : l'engorgement de l'organe splénique et l'origine miasmatique ou putride des fièvres de marais. Suivant lui, la matière putride va imprégner le sang et passe en partie dans la rate, qui est un organe de stase sanguine, comme le prouve son organisation. En y séjournant pendant un certain temps, elle s'y élabore et contamine même les molécules similaires à elle-même, mais non putréfiées, qui ont pénétré avec elle dans la rate. D'un autre côté, les influences diverses, chaleur, lumière, attraction solaire, etc., sont des influences qui ne sont pas seulement stimulantes pour la périphérie, mais qui sont encore expansives, c'est-à-dire qui dilatent la fibre vivante et attirent les fluides du centre à la périphérie; elles sont expansives pour la rate comme pour les autres organes centraux. Il suit de là que la rate est un foyer de putréfaction, un *marécage interne* (*sic*) qui, dans la nuit, période des influences atmosphériques concentratives, *nidule*, élabore l'élément putride qu'elle contient et qui en envoie fort peu dans le reste de l'économie; mais qui, pendant le jour, période

des influences expansives, en rejette considérablement dans la grande circulation. Cette matière va directement, par ses impressions sur des organes plus impressionnables que ne l'est la rate, susciter les conditions de l'accès... Et voilà une théorie qui se présente comme une théorie sérieuse, qui a la prétention de rendre compte d'un grand nombre de phénomènes observés dans le développement et dans les phases diverses de la fièvre intermittente, tels que la *périodicité* des accès, les *irrégularités* de l'intermittence, le *mécanisme* de l'accès, etc. etc.! Était-ce bien la peine de demander un tour de faveur pour communiquer à l'Académie des rêveries pareilles?

— M. Jobert (de Lamballe) a présenté à l'Académie un homme qu'il a guéri d'une fistule sus-scrotale de l'urèthre au moyen de l'autoplastie, et donné lecture de l'observation qui y est relative. (Voy. Revue générale, p. 485.)

— Dans la séance du 31 mars, M. Bricheteau a lu, au nom d'une commission, un rapport sur un mémoire communiqué il y a quelque temps à l'Académie par M. Trousseau sur la *paracentèse du thorax dans la pleurésie aiguë*. Nous reviendrons sur ce sujet lorsque ce rapport aura été imprimé. — Dans la même séance, M. Huguier a lu la partie anatomique d'un mémoire *sur la glande vaginale, les divers appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme, sur leurs fonctions et leurs maladies*. Nous n'avons pas à nous occuper encore de ce travail.

II. *Académie des sciences.*

Nécrose des os maxillaires; concrétions sanguines du cœur; médication pharyngienne.

M. Sédillot (de Strasbourg) a adressé à l'Académie quelques observations de nécrose des os de la face et d'affections pulmonaires, qui se sont montrées chez des ouvrières employées à la fabrication des allumettes chimiques. Ces observations confirment pleinement les faits si remarquables annoncés par M. Heyfelder, dans le mémoire que nous avons inséré il y a quelques mois dans les *Arch. gén. de méd.* (octobre 1845). Des trois observations de M. Sédillot, une seule mérite que nous nous y arrêtions quelques instants. En effet, la malade qui en est l'objet a succombé à une maladie intercurrente, la phthisie pulmonaire, et par suite il a été permis d'étudier avec soin les caractères qui appartiennent à cette forme particulière de nécrose. Voici l'état dans lequel les pièces se présentaient à l'autopsie: le maxillaire inférieur gauche

offrait vers le trou dentaire postérieur et la dernière molaire une excavation, à fond rugueux, inégal, pouvant contenir une aveline, remplie par du pus noirâtre, au milieu duquel macérait le bout du nerf dentaire inférieur, qui était interrompu dans sa continuité. Au pourtour, le tissu osseux était rouge et injecté, et le périoste se décollait facilement. Dans la vaste cavité occupée primitivement par les portions d'os enlevées, on trouvait que des lames de tissu fibreux assez irrégulières partaient de la partie postérieure de la voûte palatine épargnée par la nécrose, et se rendaient vers l'extrémité antérieure et inférieure du vomer, de façon à former, surtout en avant et à droite, assez incomplétement il est vrai, comme un nouveau plancher inférieur des fosses nasales; quelques incrustations indiquaient un commencement d'ossification. En disséquant le périoste qui recouvre la fosse sphéno-maxillaire et la pommette, on trouva qu'il se continuait avec un plan fibreux résistant qui formait la paroi antérieure et latérale du sinus, et donnait attache aux muscles zygomatiques et ptérygoïdiens. Le tiers moyen du plancher de l'orbite et du bord inférieur où est compris le canal sous-orbitaire était rugueux, grisâtre et baigné de pus. Quelques parcelles s'en séparaient sous forme d'esquilles; le tout était recouvert également d'un plan fibreux, se continuant aussi avec le périoste et maintenant les insertions musculaires, comme on le voyait pour le muscle petit oblique de l'œil. La partie supérieure du canal lacrymal était intacte; la paroi externe gauche des fosses nasales existait avec les cornets antérieur et moyen. Le nerf sous-orbitaire macérait dans la sanie; on n'en reconnaissait plus de trace en dehors du canal sous-orbitaire.

— M. Parchappe, professeur de physiologie à Rouen, a envoyé un mémoire sur la nature et le mode de formation des concrétions polypiformes du cœur. Suivant lui, il est possible et même facile de distinguer les productions antérieures à la mort ou concrétions pathologiques des concrétions postérieures à la mort ou concrétions cadavériques. D'un autre côté, des caractères anatomo-pathologiques certains permettent de distinguer les concrétions inflammatoires des concrétions sanguines, et ces caractères sont l'adhérence par continuité de tissu et la vascularisation, qui appartiennent réellement aux concrétions inflammatoires ou excroissances, et ont été à tort attribuées aux concrétions sanguines. Quant à la forme de ces concrétions, elle est nettement déterminée par le mode suivant lequel s'opèrent les concrétions du cœur et s'effectue la circulation du sang.

— M. Ducros a encore adressé à l'Académie deux nouvelles communications au sujet de ce qu'il appelle assez improprement la *méthode buccale* et *pharyngienne*. La première est relative à l'emploi du sulfate de quinine dissous dans l'éther sulfurique et porté en frictions sur la langue, le voile du palais, sur le devant des joues, sur le plancher vertébral du gosier. Il en a formulé les résultats de la manière suivante :

1° Le sulfate de quinine, employé suivant la méthode précédente, produit une salivation abondante avec une amertume très-pro-

noncée, à la dose de 5 centigrammes, et cette dose amène une réaction sur la moelle épinière plus forte que si l'on poussait la dose à 2 grammes par l'intromission stomacale ou intestinale.

2° Ce qui caractérise l'action du sulfate de quinine d'après la méthode buccale, c'est la presque instantanéité d'action soit dans les fièvres intermittentes pernicieuses, soit dans les fièvres intermittentes simples, soit dans les tics douloureux temporo-faciaux.

3° Cette instantanéité d'action thérapeutique est surtout importante dans les fièvres intermittentes pernicieuses; tandis que pour les autres méthodes le sulfate de quinine doit, pour agir, être administré plusieurs heures avant l'accès, par la méthode buccale, il suffit qu'il soit donné une demi-heure avant la manifestation de l'accès.

4° L'avantage le plus grand du sulfate de quinine employé à faible dose d'après la méthode buccale gît surtout dans la non-*intoxication*.

5° L'instantanéité d'action du sulfate de quinine dans les névralgies temporo-faciales offre encore un avantage thérapeutique précieux.

La seconde communication est intitulée : *Étude physiologique de l'éther sulfurique d'après la méthode buccale et pharyngienne.* Il résulte de cette note : 1° que dans les hypochondries avec manque de sommeil, avec douleurs vagues à la poitrine, au bas-ventre, l'éther sulfurique employé suivant cette méthode procure un sommeil agréable, calme les douleurs, et il jouit surtout de ces avantages, lorsqu'au milieu de la surexcitation nerveuse les narcotiques n'ont contribué qu'à augmenter l'excitabilité générale ; 2° que dans les éclampsies des femmes en couches ou en travail d'enfantement, dans les convulsions des nouveau-nés, dans les attaques hystériques, dans les accès épileptiformes avec complication de trismus, de resserrement des dents, et avec spasme de l'œsophage, où il est impossible de faire avaler des remèdes, on peut, au moyen de ces frictions, arrêter le plus souvent les attaques nerveuses.

Nous nous sommes peu occupés jusqu'ici de M. Ducros et de sa méthode *buccale* et *pharyngienne*, et nous en avons été détournés principalement par le retentissement extra-médical que l'on a donné à cette méthode, et par l'excentricité des idées physiologiques que l'auteur voulait en déduire. Aujourd'hui que nous sommes déjà loin des exagérations dont toute nouvelle méthode est l'objet à sa naissance, nous pouvons en parler librement, sans craindre de passer pour des envieux ou des enthousiastes. On sait que le moyen principal dont M. Ducros se sert consiste à toucher la paroi postérieure du pharynx avec un pinceau à lavis trempé dans de l'ammoniaque liquide étendue de son poids d'eau. Lorsque le pinceau ne contient qu'une quantité médiocre de liquide ammoniacal, il n'en résulte aucune espèce d'accidents sérieux : les malades éprouvent, au moment de l'attouchement, une sensation de brûlure dans le pharynx, et une espèce d'anxiété respiratoire qui n'est pas de longue durée, et qui est souvent remplacée par de la toux et quelques efforts de vomissement. Lorsqu'on

laisse une trop grande quantité d'ammoniaque dans le pinceau ou lorsque la solution est trop concentrée, l'angoisse se prolonge plus longtemps, et les malades peuvent être pris d'une dysphagie qui persiste pendant plusieurs heures. Considérée en elle-même, cette médication paraît donc sans danger réel. Restent maintenant les applications. On sait que c'est dans les cas d'asthme qu'on dit en avoir obtenu les meilleurs effets. Or, des renseignements que nous avons recueillis auprès de divers médecins des hôpitaux, il résulte que dans les accidents dyspnéiques de l'emphysème pulmonaire, dans les catarrhes bronchiques et dans l'asthme nerveux, l'emploi de ce moyen a été suivi d'un soulagement immédiat; mais, à ce qu'il paraît, ce soulagement n'a été que de courte durée dans les cas où la muqueuse bronchique était le siége d'une congestion sanguine intense avec abondante sécrétion, ce qui place évidemment cette médication bien au-dessous de l'ipécacuanha administré à dose vomitive. Toutefois, dans l'athme nerveux et dans certains cas de maladie du cœur ou des gros vaisseaux dans lesquels il y aurait inconvénient à provoquer des secousses de vomissements, cette médication paraîtrait susceptible de rendre de véritables services. Nous ne parlerons pas de l'application de cette méthode au traitement des laryngites chroniques, des angines pharyngées chroniques ou sub-aiguës, de certaines ophthalmies et de la surdité, parce que l'emploi de l'ammoniaque n'a dans ces circonstances rien de nouveau et de particulier.

BIBLIOGRAPHIE.

Des hallucinations, ou histoire raisonnée des apparitions, des visions, des songes, de l'extase, du magnétisme et du somnambulisme; par A. Brierre de Boismont, D. M. Paris, 1845; 1 vol. in-8°. Chez Germer Bailliere.

De toutes les questions si nombreuses et si variées que soulève l'étude de la folie, celle des hallucinations est, sans contredit, une des plus importantes. C'est ce point intéressant qu'a traité M. Brierre de Boismont.

Nous n'avons pas la prétention de faire, dans un article de quelques lignes, l'analyse complète d'un ouvrage aussi étendu. Nous voulons seulement indiquer de quels éléments principaux il se compose, et quel ordre d'idées a présidé à sa rédaction. M. Brierre commence par bien définir le mot hallucination. Les définitions de ses devanciers lui paraissent en même temps longues, obscures et incomplètes. Il propose de leur substituer celle-ci, qui, dans sa pensée, a le mérite de dire beaucoup en peu de mots, et de séparer par des caractères tranchés les illusions des hallucinations : « L'hallucination est la perception des signes sensibles de l'idée; et l'illusion, l'appréciation fausse de sensations

réelles.» Mais cette distinction entre les hallucinations et les illusions est-elle bien fondée, et ne serait-il pas plus naturel de les considérer, avec quelques observateurs distingués, comme deux formes d'un même phénomène, qui ne différeraient entre elles que par leur degré d'intensité? cela paraît d'autant plus vraisemblable que, d'après les observations mêmes de M. Brierre, on voit souvent ces deux symptômes se réunir chez le même malade, ou se transformer l'un dans l'autre à mesure que la maladie mentale fait des progrès.

Quoi qu'il en soit, après avoir dit ce qu'il entend par le mot hallucination, M. Brierre cherche une classification qui embrasse toutes les variétés si nombreuses du phénomène qu'il vient étudier. Aucune de celles qui ont été proposées avant lui ne lui paraît convenable. Celle qu'il met lui-même en avant est-elle irréprochable? La discussion de cette question nous entraînerait beaucoup trop loin; il nous suffira de dire que l'auteur distingue avec soin les hallucinations qui sont compatibles avec la raison de celles qui s'accompagnent d'un trouble plus ou moins prononcé des facultés intellectuelles et morales. Ces dernières peuvent se diviser, d'après M. Brierre, en neuf classes différentes, dont quelques-unes offrent encore d'assez nombreuses variétés, et à chacune desquelles l'auteur consacre un chapitre particulier. Il étudie donc successivement les hallucinations simples, celles qui compliquent la monomanie, la manie, la démence, le delirium tremens, l'épilepsie, l'hystérie, l'hypochondrie, l'extase, les maladies fébriles, etc. etc. Nous ne saurions le suivre dans les détails nombreux et pleins d'intérêt qui entrent dans la composition de chacun de ces chapitres. C'est là la partie vraiment importante du livre. Les considérations théoriques y sont toujours appuyées sur des faits très-nombreux, mais qui malheureusement ne nous ont pas toujours paru marqués au coin d'une observation rigoureuse. Quelques-uns seulement ont été recueillis par l'auteur lui-même, et nous craignons qu'il n'ait pas apporté une critique assez sévère dans le choix qu'il a dû faire des autres.

D'un autre côté, l'interprétation des faits historiques qui se rapportent aux hallucinations, et que M. Brierre a rassemblés en très-grand nombre, est-elle toujours bien exacte et parfaitement justifiée? n'est-elle pas, au contraire, quelquefois appuyée sur des hypothèses gratuites et sur des considérations de sentiment, qui sont rarement de quelque valeur dans les discussions scientifiques? Ainsi, il s'élève avec une très-grande énergie contre l'opinion de la plupart des médecins d'aliénés, qui, après avoir constaté l'existence d'hallucinations très-variées chez quelques hommes célèbres de l'antiquité ou des temps modernes, après avoir démontré que ces hallucinations étaient pour eux le point de départ de leurs actions les plus importantes et la règle suprême de leur conduite à toutes les heures, pour ainsi dire, de leur vie, en ont conclu que ces hommes illustres étaient aliénés au même titre que les hallucinés de nos jours. Un long chapitre est consacré dans l'ouvrage de M. Brierre de Boismont à la réfutation de cette opinion. Il reconnaît toutefois l'existence des hallucinations; il avoue

que souvent les hallucinations ont amené avec elles un état d'angoisse morale bien voisin de la folie, et des actes bizarres tout à fait incompatibles avec la saine raison. Mais il recule devant la conclusion qu'on en a tirée, et qu'il regarde comme subversive de toute morale et de toute religion. Il lui répugne de croire que des fous aient pu imposer au monde leurs idées, leurs croyances et leurs lois; et, selon lui, les intelligences supérieures ont pu avoir des hallucinations, sans que leurs desseins, leurs actes, leur conduite en aient été influencés, sans qu'on puisse les accuser d'aliénation. Cette interprétation de la vie de quelques hommes célèbres, tels que Socrate, Pythagore, Luther, Ignace de Loyola, etc. etc., nous paraît se rapprocher de la vérité beaucoup plus que celle qui en a été donnée par les adversaires de M. Brierre de Boismont. Il nous semble que, sans sortir du domaine des faits, il n'est pas difficile de démontrer qu'il n'est pas possible de comparer le mode d'action des hallucinations chez ces hommes illustres et chez les hallucinés que nous voyons tous les jours dans les maisons d'aliénés. Mais nous craignons que M. Brierre de Boismont n'ait eu le tort de vouloir trop prouver; ce qui l'a conduit à introduire dans la discussion un élément qui n'aurait jamais dû y entrer. Toute discussion devient impossible lorsque, dans les questions scientifiques, on se réfugie dans la foi, et qu'en invoquant les enseignements, on arrive à des conclusions semblables à celle-ci (p. 446): « Une ligne de démarcation bien tranchée doit être établie entre les apparitions de l'Écriture sainte et les hallucinations de l'histoire profane, et même de beaucoup de personnages chrétiens. Les premières, dans notre conviction, ne s'expliquent que par l'intervention divine, tandis qu'un grand nombre des secondes doivent être rapportées aux croyances des temps, à l'état morbide du cerveau. »

Quoi qu'il en soit de ces légers défauts qui nous semblent déparer quelques chapitres de cet ouvrage, nous ne craignons pas d'en recommander vivement la lecture comme aussi intéressante qu'instructive. On pourra ne pas partager toutes les opinions de l'auteur, mais on reconnaîtra toujours chez lui une grande bonne foi, et un talent d'observation remarquable toutes les fois qu'il laisse de côté les discussions de psychologie ou de métaphysique transcendante sur lesquelles nous avons dit quelques mots. C'est ainsi qu'on lira avec intérêt les chapitres où il traite des causes et des symptômes des hallucinations, et surtout celui qui est consacré à leur traitement. E. L.

Traité des angusties ou rétrécissements de l'urèthre; leur traitement rationnel; par le Dr Leroy d'Étiolles. 1 vol. in-8°; Paris, chez J.-B. Baillière.

Dans ce nouvel ouvrage, qui a été envoyé à l'Académie de médecine, à l'occasion du concours pour le prix d'Argenteuil, M. Leroy d'Étiolles ne présente pas d'idées bien nouvelles, ni de moyens thérapeutiques jusqu'alors inconnus. Ce sont les opinions et surtout les résultats pratiques fournis par une observation journalière que l'auteur a voulu faire connaître, et comme les rétrécis-

sements de l'urèthre sont souvent très-difficiles à guérir, que plusieurs offrent des embarras peu ordinaires, souvent imprévus, on consultera avec avantage ce livre, dans lequel se trouvent consignées de nombreuses observations, avec l'exposé de ces difficultés et des moyens qui en ont triomphé.

Bien préciser les espèces, les variétés de la maladie, afin d'appliquer à chacune le mode de traitement qui lui convient, tel est, dit en commençant M. Leroy, le but que je me suis proposé.

C'est vers ce but, en effet, que doivent tendre aujourd'hui les efforts de tous les chirurgiens : déterminer quel mode de traitement convient à chaque variété de rétrécissement, et distinguer avec certitude ces variétés les unes des autres, telle est l'indication principale. Mais il y a de grands obstacles, et ils sont tels que M. Leroy d'Etiolles, après une longue étude, n'est pas arrivé à ce but énoncé tout à l'heure.

Ainsi, l'auteur énumère d'abord les variétés anatomo-pathologiques des rétrécissements, qu'il admet au nombre de neuf: *inflammatoires*, *fongueux*, *valvulaires*, *fibreux*, *turgescents et érectiles*, *ulcérés*, *végétants*, *variqueux*, *cartilagineux*. Mais M. Leroy reconnaît lui-même qu'il est assez difficile de donner une description anatomique complète des rétrécissements, par ces raisons que les malades, le plus souvent, ne meurent pas, ou que, s'ils meurent, les parties sont altérées par des désordres inflammatoires survenus pendant les derniers jours, ou bien enfin parce que, après la mort, les parois uréthrales ont perdu leurs caractères morbides, ont cessé d'être rapprochées, resserrées. Personne, cependant, ne conserve de doutes sur la réalité et la nature des rétrécissements inflammatoires, valvulaires et fibreux, parce que, plus fréquents, ils ont pu être étudiés suffisamment sur le cadavre; on est plus embarrassé quand il s'agit de s'entendre sur ceux que M. Leroy d'Etiolles appelle *fongueux*, *turgescents*, *végétants*, *variqueux;* car ce sont précisément ceux-là qui ont été moins démontrés par l'autopsie. Or, il est aisé de voir que l'auteur ne s'explique pas catégoriquement sur ces variétés; on ne voit pas bien comment il conçoit l'organisation et les caractères différentiels de ces tissus morbides, qu'en effet il a peu vus ou qu'il n'a pas eu l'occasion de voir du tout sur le cadavre, mais que l'observation des malades lui fait admettre comme vrais. Sans doute, il faut bien, en semblable matière, se contenter de ce qui est possible; mais on pressent déjà la conséquence. Voici des variétés de rétrécissements dont on ne connaît pas bien la nature et les caractères distinctifs; pourra-t-on adresser à ceux-là un traitement qui leur soit propre? pourra-t-on même les reconnaître assez vite pour savoir de suite que les moyens applicables aux autres variétés ne le sont pas à celle qui se présente actuellement? Nous ne le pensons pas, et le livre de M. Leroy d'Étiolles ne nous permet pas de répondre autrement. Cherchons en effet à l'article *Diagnostic* : là, nous trouvons un tableau vrai et bien tracé des symptômes, puis l'exposé d'un moyen propre à l'auteur pour reconnaître le siége de ces écoulements rebelles qui accompagnent si souvent les coarctations de l'urèthre. Ce moyen consiste à introduire dans une sonde ou-

verte à ses deux extrémités une baleine munie d'une éponge, qui est destinée à nettoyer d'arrière en avant la partie spongieuse du canal; ensuite, on porte plus profondément une bougie terminée par une boule: si cette boule revient enduite de mucosités ou de muco-pus, il est évident que la matière de l'écoulement est fournie par les portions du canal qui n'ont point été essuyées primitivement, c'est-à-dire les portions membraneuse et prostatique.

Ensuite, après avoir passé en revue les divers moyens proposés par Arnott, Ducamp et autres, pour reconnaître l'ouverture des rétrécissements, leur siége, leur longueur, et surtout leur nombre, M. Leroy d'Étiolles arrive à cette question, qui nous intéresse à un si haut degré, de savoir comment on distinguera la nature et la variété des rétrécissements. Pour ceux qui sont *fibreux*, on a d'abord l'ancienneté de la maladie, parce que, à part certaines exceptions, les rétrécissements tendent toujours à devenir fibreux, quelle qu'ait été primitivement leur structure. Ils sont encore caractérisés par la dureté du frottement de la sonde ou de la bougie, et la sensation de sécheresse ou d'adhérence qu'ils font éprouver.

Pour ceux qui sont *turgescents et érectiles*, la bougie, après avoir pénétré, se trouve fortement pincée, et la constriction, loin de diminuer, augmente de minute en minute pendant une demi-heure, puis cède pour reparaître quand on imprime des mouvements à la bougie; d'ailleurs, les rétrécissements de cette espèce occupent particulièrement la région spongieuse de l'urèthre.

Si, au contraire, la bougie, fortement pincée d'abord, devient libre au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure, et reste mobile, qu'une autre un peu plus grosse devienne bientôt libre à son tour, on peut croire que le rétrécissement est *fongueux*.

Si l'introduction de la bougie détermine un écoulement de sang, surtout par jet, on est autorisé à penser qu'il y a eu quelques vaisseaux déchirés et que le rétrécissement est *variqueux*.

Lorsqu'il y a un obstacle positif à l'émission de l'urine, et que cependant la bougie ou une sonde peu volumineuse pénètre, cela doit faire penser que peut-être il s'agit d'une valvule dont le bord libre est tourné du côté de la vessie. Cette variété est assez fréquente, dit M. Leroy, et il a pu arriver à beaucoup de chirurgiens de déchirer la valvule par l'introduction d'une sonde, et de guérir ainsi en très-peu de temps une dysurie plus ou moins ancienne. M. Leroy propose d'ailleurs, pour cette espèce de valvules et pour celles qui sont directement transversales, un autre moyen: c'est l'usage de sondes élastiques terminées par une boule. Si cet instrument peut s'engager à travers la partie rétrécie, et qu'ensuite on cherche à le retirer, on éprouve une résistance au moment où la boule passe au niveau du resserrement, et l'on est averti par cette résistance de la nature de l'obstacle.

Quand au contraire l'urine passe encore avec une certaine facilité, mais que cependant l'introduction d'une sonde ou d'une bougie est impossible ou très-difficile, on a quelque raison de penser qu'il s'agit d'une valvule dont le bord libre est tourné en avant.

Mais en exposant ces diverses parties du diagnostic, M. Leroy

d'Etiolles a eu soin d'indiquer les difficultés pratiques, les exceptions nombreuses qui ne permettent pas de tirer une conclusion positive de l'exploration qui vient d'être faite, et il termine en disant : « Je viens d'énumérer un certain nombre de signes au moyen desquels nous pouvons arriver à des *probabilités ;* mais je ne prétends pas les donner comme infaillibles..... Je dois convenir qu'il n'est pas toujours possible, dans une première exploration, de distinguer la nature de certains rétrécissements, et de dire de prime abord : à celui-là, convient la dilatation permanente ; à celui-ci, la dilatation temporaire ; ici la cautérisation est applicable ; là, il faut scarifier. Ce n'est souvent que par les effets de la médication dans les premiers jours qu'il est permis de reconnaître la nature du rétrécissement, et d'arrêter définitivement le traitement qui va être suivi. »

Ces paroles et la sage réserve qu'elles expriment viennent donc appuyer ce que nous disions tout à l'heure, à savoir que, dans l'état actuel de la science, les efforts des chirurgiens devaient tendre à établir le mode de traitement qui convient à telle ou telle variété de rétrécissement, mais qu'à cause des difficultés inhérentes au sujet, M. Leroy d'Etiolles, tout en marquant le but, n'avait pu l'atteindre. Et en effet, quand, plus loin, il s'agit d'exposer le traitement, l'auteur, laissant de côté les divisions anatomo-pathologiques précédemment étudiées, admet pour la pratique les trois catégories suivantes :

1° Rétrécissements qui laissent passer l'urine et les bougies ;

2° Rétrécissements qui laissent passer l'urine, mais non les bougies ;

3° Rétrécissements qui ne laissent passer ni l'urine, ni les bougies.

Pour la première catégorie, l'auteur passe en revue la déchirure des valvules, leur incision au moyen d'instruments qu'il a imaginés, la dilatation temporaire et permanente, à l'occasion de laquelle il insiste sur l'usage des bougies tortillées à leur extrémité. On lit avec beaucoup d'intérêt les observations dans lesquelles, à l'aide de ce moyen simple, le chirurgien est parvenu à faire pénétrer des bougies à travers des rétrécissements jusque-là difficiles à franchir. Nous recommandons encore la lecture des chapitres consacrés à la dilatation rapide, à la cautérisation, à la scarification, toutes opérations pour lesquelles M. Leroy d'Etiolles a apporté des modifications instrumentales déjà connues dans la science.

Pour la deuxième catégorie, M. Leroy montre les bons résultats que l'on peut obtenir d'une pression soutenue contre l'obstacle, au moyen des sondes et des bougies, et propose aussi la cautérisation d'avant en arrière.

Enfin, pour la troisième catégorie, il passe en revue le cathétérisme forcé, la boutonnière et la ponction de la vessie.

Sur tous ces points, l'auteur est entré dans de nombreux et intéressants détails dont chacun pourra faire son profit. Quant au choix de la méthode, M. Leroy n'en connaît pas qui soit exclusive et propre à tous les cas. Il faut chercher et tâtonner ; seulement, dit-il, « puisque le chirurgien ne peut tout d'abord arrêter quel mode de traitement il devra suivre pour les rétrécissements,

puisque la dilatation convient au plus grand nombre, et que seule elle peut être essayée sans danger, il est clair que c'est par elle qu'il faut commencer la cure, pourvu toutefois que l'obstacle puisse être franchi avec les corps dilatants.» G.

Leçons sur les maladies des organes urinaires, faites par sir Benjamin Brodie; traduites de l'anglais sur la troisième édition et enrichies de notes par Joseph Patron. 1 vol. in-8°; Paris, chez Labé et chez J.-B. Baillière.

Dans un ouvrage qui contient l'exposé de leçons adressées publiquement à des élèves, il faut s'attendre toujours à trouver le même avantage et le même défaut. L'avantage consiste à faire voir clairement et à nu les idées, les tendances, la thérapeutique d'un auteur estimé et connu le plus souvent par l'étendue et les succès de sa pratique. Le défaut est celui-ci : les démonstrations, pour être largement utiles à ceux qui les écoutent, ont souvent besoin d'être dénuées de détails historiques et bibliographiques; et ce dénûment apporté dans un livre y mêle nécessairement les idées anciennes avec les idées nouvelles, ne permet pas de distinguer nettement ce qui appartient à l'auteur et ce qui appartient à d'autres. Le livre de M. Brodie, sous ces deux rapports, ressemble à tous ceux du même genre que nous possédons : il est précieux par les idées propres à l'auteur; mais celles-ci se trouvent disséminées au milieu de détails les uns connus depuis longtemps, les autres nouveaux et empruntés à d'autres auteurs. Disons même que, dans cette nouvelle édition, M. Brodie ne paraît pas s'être soucié beaucoup des travaux français publiés sur les maladies des organes urinaires pendant ces vingt dernières années, et qu'ainsi il est resté, sur plusieurs sujets, tels que l'hypertrophie de la prostate, l'incontinence d'urine chez les vieillards, la paralysie de la vessie, au-dessous des connaissances devenues vulgaires parmi nous, parce qu'elles ont été justifiées et accréditées par l'observation. Il est vrai, cependant, que le traducteur, parfaitement au courant de ces travaux modernes, a pris soin d'ajouter des notes riches et consciencieuses, où se rencontrent la plupart de ces détails laissés de côté dans l'original, et que, de cette manière, l'ouvrage de M. Brodie, devenu plus utile, se trouve dans les conditions propres à le faire accueillir plus favorablement en France.

Les premières leçons ont été consacrées aux rétrécissements de l'urèthre; on y trouve de sages et utiles préceptes pour l'introduction des bougies, des observations intéressantes sur les complications des rétrécissements, un exemple d'incision faite avec succès pour remédier à un rétrécissement par cicatrice consécutif à une lésion traumatique et à une perte de substance des parois uréthrales.

A l'occasion des maladies de l'urèthre chez la femme, M. Brodie entre dans quelques détails sur les polypes de ce conduit, et fait connaître un instrument de son invention pour cautériser la surface saignante après l'excision en vue de prévenir la récidive. C'est un tube d'argent incomplet sur un des points de sa circonférence,

et qui permet d'appliquer le caustique sans toucher aux parties saines de l'urèthre.

Les cinquième et sixième leçons, consacrées aux maladies de la vessie, se recommandent par de précieux développements sur le traitement de ces maladies et sur l'emploi, les indications des substances médicamenteuses variables qui leur conviennent. M. Brodie insiste souvent sur la tisane de *pareira brava*, qu'il regarde comme un diurétique plus utile, dans les cystites, que la tisane d'*uva ursi*, plus généralement conseillée. L'auteur s'occupe aussi des injections dans la vessie pour les cas de cystites purulentes rebelles. Il donne la préférence à celles qui sont faites avec l'acide azotique (5 à 6 gouttes pour 30 grammes), et il assure en avoir obtenu de bons résultats.

L'un des chapitres les plus intéressants de cet ouvrage est intitulé : *Des symptômes qui affectent la vessie par suite des maladies des reins*. Ici M. Brodie rappelle que souvent on est consulté par des malades qui se plaignent de douleurs pendant ou après la miction, à l'hypogastre, au pénil, vers l'anus, qui ont en même temps de fréquents besoins d'uriner, quelquefois un peu de difficultés pour l'émission : on les sonde, on les examine de toutes manières, et l'on ne trouve rien. Or, dans les cas de cette espèce, l'auteur a reconnu, par plusieurs autopsies, qu'il s'agissait d'une maladie des reins, et que les troubles du côté de la vessie s'expliquaient non par une inflammation de ce réservoir, mais par une irritation très-légère due aux changements dans la sécrétion de l'urine. Quelquefois cette maladie des reins consiste simplement dans la formation de kystes ; d'autres fois ce sont des calculs rénaux, ou bien il s'agit d'une inflammation de ces organes, toutes ces affections pouvant exister sans trouble ni douleurs du côté des régions lombaires, raison pour laquelle les personnes non renseignées sur ces faits peuvent être induites en erreur. On peut arriver, en pareille circonstance, à reconnaître que la maladie est dans les reins ; mais il restera toujours de l'incertitude sur la nature de cette maladie, et le traitement ne sera pas sans difficultés. Pour ces cas, cependant, M. Brodie conseille d'une manière toute particulière l'infusion de *diosma crenata*, dont il assure avoir retiré de grands avantages.

On lit encore avec intérêt, dans la neuvième leçon, le chapitre consacré à l'étude du sable dans l'urine. L'auteur a souvent recherché la composition chimique de ces dépôts, et il étudie avec soin l'administration intérieure des substances acides ou alcalines, suivant les cas, en signalant un inconvénient particulier attaché à l'emploi trop longtemps continué de la magnésie, savoir, la formation de calculs dans l'estomac et le canal intestinal. Il s'occupe aussi du régime, de l'hygiène, et fait voir, par des observations intéressantes, l'importance de tous ces moyens thérapeutiques réunis pour arrêter, diminuer la gravelle et prévenir la formation des calculs urinaires.

Les dernières leçons sont consacrées à l'étude des calculs vésicaux. G.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES DU DIXIÈME VOLUME

DE LA 4e SÉRIE.

